Amamentação

um híbrido natureza-cultura

João Aprígio Guerra de Almeida

AMAMENTAÇÃO

UM HÍBRIDO NATUREZA-CULTURA

João Aprigio Guerra de Almeida

AMAMENTAÇÃO
UM HÍBRIDO NATUREZA-CULTURA

UM HÍBRIDO NATUREZA-CULTURA

João Aprigio Guerra de Almeida

UMÁRIO

PREFÁCIO

Ao longo dos tempos e nos distintos espaços, a amamentação revelou e revela diferentes significados, que oscilam em torno de, pelo menos, dois pólos: natureza e cultura. Esses significados ora se separam, ora se fundem, dependendo do momento e da finalidade de seu uso. Às vezes, a associação desses dois aspectos é tão presente que um assume a denominação do outro. Ou seja, em torno do aleitamento, pode-se, por vezes, perceber que um hábito cultural, para ser perpetuado, seja assimilado como algo que faz parte da natureza, não cabendo nenhum questionamento. Outras vezes, depara-se com interpretações culturais que não reduzem o ser humano a um mamífero qualquer, redirecionando e redimensionando um movimento natural da espécie.

Ao se desconstruírem as representações da amamentação, pode-se perceber que esses sentidos socialmente construídos se erguem da fusão do biológico e da cultura. Essa fusão se faz presente, seja diante de imagens com acento na natureza, como a de uma mãe que amamenta o filho, associada a significados próprios de uma cultura, seja na imagem fabricada pela cultura, como o caso da mamadeira, que supostamente se encontra a serviço da natureza, facilitando a sobrevivência. Sua presença é tão marcante que nem sempre é possível a sua desconstrução para que se chegue aos seus elementos.

No interior dessa ampla gama de significações, pode ser ressaltado o sentido da vida. Através da amamentação, nutrem-se seres em seus primeiros estágios de desenvolvimento e solidificam-se relações interpessoais, formando vínculos e condições que facilitam a sobrevivência e a caminhada em direção à maturidade. Mesmo constatando que esse sentido é hegemônico, na atualidade, não se pode dizer que a ausência do aleitamento materno inviabiliza a vida dos filhos. O aparecimento de substitutos da mãe, que surgem por vários motivos, e a criação de artifícios e artefatos podem entrar em cena para que seja garantida a vida.

Frente a essas perspectivas, nem sempre o olhar daqueles que atuam no campo da saúde leva em conta a amplitude do assunto em questão. É comum, ao se tornar um objeto de estudo, a amamentação ser recortada e tratada apenas sob o prisma biológico. Sabe-se que, no âmbito da investigação científica, os recortes são necessários para que se possa buscar um grau mínimo de resposta para as questões a serem estudadas. O problema está no saber recortar, que pode

ter como produto pedaços que, ao serem reunidos, não configuram novamente uma compreensão maior. Mas o produto dessa empreitada também pode ser a obtenção de partes que, embora tenham a sua identidade própria, remetem a uma perspectiva que a extrapola.

Há momentos em que alguns profissionais da área, no afã de trazer uma resolutividade imediata para o alcance de padrões nutricionais e a redução de doenças, entre outras metas, nem sempre se dão conta do cenário das emoções do qual a amamentação faz parte. As ações e as reações são atravessadas por componentes emocionais que, mesmo não estando explícitos, fornecem sentidos que as sustentam. Assim, os fluxos lácteos não operam só no plano dos nutrientes, podendo alimentar as emoções tão necessárias para os vínculos que são apreendidos em uma relação específica e são, gradativamente, ampliados nas relações interpessoais mais amplas.

Também é comum as atenções serem restritas a um dos componentes da relação proporcionada pela amamentação. Geralmente elege-se a criança como único e exclusivo foco das ações profissionais, esquecendo-se de que os benefícios e/ou prejuízos não ocorrem só para quem recebe o leite, mas também para quem o doa. A transitividade entre sujeito e objeto não pode ser desconsiderada, sob o risco de não se entender a sintaxe do processo.

Para que não se corra o risco de se chegar a essas e a outras tantas reduções, além do refinamento de técnicas e das descobertas de melhores condições do aleitamento, não se podem perder de vista as interpretações culturais que em torno dele se configuram. As demarcações que vão sendo realizadas, para que se operem com maior eficiência em uma determinada especialidade, dentro do campo da saúde, não devem se distanciar da experiência daqueles que vivenciam o objeto de atuação do profissional.

Na direção de um posicionamento que recusa a redução, *Amamentação: um híbrido natureza-cultura* procura perseguir o tempo todo uma abordagem da amamentação como reflexo de condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais. Nele, múltiplas relações são abordadas para que se possa chegar a uma compreensão mais ampla da temática em questão. Em sua trajetória, procura-se, ao contrário do lugar comum, trabalhar em um movimento contrário à dicotomia costumeiramente estabelecida entre o biológico e o social, situados em zonas excludentes. Como resultado, tem-se uma rica análise da amamentação como um objeto híbrido construído na relação de aspectos da natureza e da cultura.

Deve-se destacar também que a sua eficiência do livro, bem como o seu mérito, não é devido apenas à abordagem adotada. As marcas que o seu autor consegue nele imprimir contribuem de forma decisiva para a qualidade da obra. Essas marcas se expressam sobretudo no trato do assunto que reúne, de forma competente, conhecimentos técnicos adquiridos ao longo de uma carreira científica e o olhar de quem foi sensível ao captar o que estava subentendido nos fatos, presentes em uma atuação profissional.

Assim, entre os meandros da amamentação e as reduções que em torno dela se operam, vence um olhar que não se contenta com o estabelecido. Instigado pelo desejo de enxergar mais do que se mostra, o autor traz uma decisiva contribuição para o campo aqui problematizado.

Certamente, outras descobertas serão suscitadas pela leitura deste livro. Para isso, basta que o leitor não só busque uma informação sobre o assunto, mas consiga estabelecer um diálogo entre sua experiência, de mamífero e de partícipe de uma cultura, com aquilo que o texto quer dizer.

Romeu Gomes
Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Coordenador dos cursos de mestrado e doutorado em Saúde da Mulher e da Criança/
Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)

APRESENTAÇÃO

> *A compreensão do destino social de um saber implica em descobrir as razões de sua oportunidade, encontrar o vínculo entre suas propriedades discursivas e os problemas colocados pelo funcionamento das instituições* (...).
>
> Donzelot

A preocupação com os efeitos deletérios do desmame precoce representa uma unanimidade nas agendas de saúde coletiva do Brasil de hoje. Os modelos explicativos para a relação amamentação-desmame multiplicam-se e sinalizam para o embate entre saúde e doença, evidenciando os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que transformaram a amamentação em um ato regulável pela sociedade.

Em trabalhos de pesquisa, desenvolvidos por diversos investigadores em diferentes momentos, o abandono da amamentação é sucessivamente imputado à falta de consciência materna sobre as vantagens que permeiam a prática; ao despreparo dos profissionais de saúde para informar as mães sobre tais vantagens; ao *marketing* dos leites industrializados; à emancipação da mulher como força produtiva; a equívocos cometidos pelo estado na formulação e implementação das políticas para área; entre outros aspectos. Em suma, indivíduos e grupos sociais não estariam observando os preceitos básicos para o sucesso da amamentação. Mas quais seriam, de fato, estes preceitos e as razões para o seu abandono? Que saberes, em última análise, possibilitam a instituição de práticas que levam ao abandono da amamentação ou ao fortalecimento de seus valores culturais? A compreensão destes saberes, suas origens e destinos sociais constitui o elemento de preocupação central deste livro. Em verdade, trata-se de um ensaio construído sob a égide do realismo histórico, que adota o referencial da análise compreensiva e coloca em xeque o atual paradigma de amamentação.

A relação entre o biológico e o social é utilizada como fio condutor para unir os quatro eixos de problematização que compõem os respectivos capítulos, desenvolvidos segundo a lógica proposta por Latour (1994) para compreender os híbridos que se formam entre os domínios da natureza e da cultura.

O movimento de construção tem o propósito de buscar os elos que unem o biológico e o social no cenário da amamentação, configurando-a, portanto, como um híbrido natureza-cultura. Assim, fatos sociais e fenômenos biológicos, até então considerados como eventos independentes e imiscíveis, a exemplo de paradigma de amamentação e leite fraco, foram postos lado a lado e tratados sob a mesma perspectiva – a de lidar com os híbridos.

O lidar com fatos e fenômenos relativos à amamentação tem seguido o modelo clássico da purificação, que tende a separá-los e de categorizá-los segundo os saberes que os compõem. De acordo com essa visão, aos domínios da ciência creditam-se todas as questões passíveis de serem comprovadas de acordo com o rigor do método, estabelecendo assim uma nítida separação entre ciência e não-ciência, ou melhor, entre o biológico e o social. À ciência, regida pelas leis da natureza, pertencem o mundo naturalizado, a dimensão biológica da amamentação, a exemplo do desvendar das dinâmicas que se estabelecem entorno da fisiologia da lactação e do crescimento e desenvolvimento do lactente. À sociedade, regida pelas leis dos homens, competem os fatos sociais, a política, a economia, a cultura, a religião etc, estando, portanto, sob sua incumbência questões como o disciplinar das ações em favor das normas de comercialização dos sucedâneos do leite materno.

Pela lógica clássica do atual modelo, não é possível reunir num único bloco as questões relacionadas com as normas de comercialização e a fisiologia da lactação, assim como os aspectos epistemológicos do paradigma com os significados de leite fraco que emergem do senso comum.

Contudo, há de se considerar: como é possível pensar na integral independência entre fatos e fenômenos, entre pesquisador e objeto ou entre ciência e *marketing*? Como é possível desconsiderar as diferentes oportunidades de construção social do biológico no cenário da amamentação? Os higienistas, ainda no século XVIII, construíram socialmente a biologia do ciclo-gravídico-puerperal e formularam equações para promover a amamentação, a exemplo do binômio mãe-filho, que perduram até os dias de hoje.

Essa forma hegemônica de pensar a temática – que tende a supervalorizar o conhecimento científico em detrimento dos demais – possibilita o surgimento de construções cientificistas, cujas propriedades discursivas visam a atender a interesses particulares de grupos sociais, como a suposta vanguarda cientifica ofertada pelo *marketing* de alguns fabricantes de leites modificados.

Com essa perspectiva foram delineados os capítulos que se seguem. Não há, portanto, necessidade de uma conclusão do autor. A partir de tudo o que vai ser questionado, o leitor poderá desenvolver suas idéias, sua (nova) maneira de olhar a amamentação, o mundo.

1 Amamentação: A relação entre o biológico e o social

As questões relativas à prática da amamentação natural têm-se configurado objeto de interesse para diferentes atores e grupos sociais ao longo da história. Em todas as épocas, o ser humano foi levado a construir rotas alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição, trilharam o caminho do desmame precoce. Desde a secular figura da ama-de-leite até a emblemática vanguarda científica construída pelo *marketing* dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à oportunidade de auferir lucros de toda espécie.

A amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, portanto, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida. Por intermédio da análise compreensiva, sob a perspectiva do realismo histórico, torna-se possível evidenciar os condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que a transformaram em um ato regulável pela sociedade. A depender da realidade social que se considere, a ambigüidade amamentação-desmame pode-se traduzir como um embate entre saúde e doença, entendendo-se que estes processos se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais. A dinâmica destas relações, no que concerne às questões estruturais, termina por configurar a amamentação como um dos atributos que caracterizam a maternidade como um bem social compartilhado.

Por outro lado, o paradigma de amamentação ora estabelecido é fruto de uma construção do movimento higienista e remonta ao século XIX (Almeida, 1998a). Como conseqüência, as estratégias de promoção da amamentação comumente praticadas estão impregnadas do reducionismo biológico típico do modelo oitocentista (Costa, 1983), marcado pela incapacidade de lidar com a ambivalência que se estabelece, para a mulher, entre querer e poder amamentar (Silva, 1997). As ações caracterizam-se pela verticalidade das construções e seguem a ideologia que reduz a prática da amamentação a um atributo natural, comum a todas as espécies de mamíferos, simbolicamente traduzida em *slogans* do tipo "amamentar é um ato natural, instintivo, biológico e próprio da espécie".

Com este pano de fundo, as ações propugnadas se orientam, invariavelmente, para informar a mulher sobre as vantagens em ofertar o seio a seu filho e para responsabilizá-la pelos resultados futuros, decorrentes do sucesso ou do fracasso.

A lógica de 'informar para responsabilizar' procura modular o comportamento da mulher em favor da amamentação, imputando-lhe culpa pelo desmame precoce, que é associado de forma direta a agravos para a saúde de seu filho.

Das construções que resultam de desdobramentos da política estatal às formulações dos diferentes segmentos da sociedade civil organizada, o modelo 'biologicista' se faz sempre presente. Por mais que se insista em atenuá-lo, apresentando a amamentação como resultante de um processo biopsicossocial, a desconstrução dos discursos revela uma marcante tendência de se categorizar o aleitamento como um fenômeno biológico, reduzindo à figura de retórica todos os atributos que o categorizam também como fato social.

Neste contexto, este trabalho adota o *paradigma de amamentação* como seu objeto, trazendo como pressuposto o fato de a amamentação, teórica e praticamente, ser uma categoria híbrida (Latour, 1994), construída por atributos definidos tanto pela natureza quanto pela cultura, ou seja, tanto pelas questões biológicas quanto pelas dimensões socioculturais.

Considerações sobre o Atual Paradigma

Um dos possíveis caminhos para rever a base conceitual que dá sustentação ao atual modelo de amamentação consiste em recorrer à literatura científica para responder a uma indagação básica: amamentar, por quê?

Após uma breve incursão, já é possível se observar que o conhecimento científico oferece respostas de amplo espectro, que vão desde as propriedades biológicas ímpares do leite humano até as questões de cunho econômico, capazes de causar impacto tanto na família quanto no Estado. Além de revelarem a pluralidade que permeia o tema, estas respostas trazem consigo a curiosa unanimidade de apresentarem contornos agrupáveis, que as tornam partícipes de uma mesma trama – a amamentação. O elo comum que permite esta interligação, apontado por vários autores, consiste nas vantagens que a amamentação possibilita para a criança, a mulher, a família e o Estado (Almeida & Gomes, 1998).

Os benefícios à saúde da criança são os mais difundidos, por terem sido amplamente utilizados desde o início dos anos 80 em campanhas oficiais de promoção da amamentação (Inan, 1987, 1991; OMS, 1989). Vistas por este prisma, as vantagens oferecidas aos lactentes abrangem aspectos simultaneamente nutricionais, imunológicos, emocionais e 'fisiológicos'.

Do ponto de vista nutricional, é consenso, na literatura, o fato de o leite humano conter nutrientes em quantidade e qualidade necessárias para propiciar um desenvolvimento adequado ao lactente. Esta adequação assume dupla

conotação: para a população de baixa renda, trata-se de um importante elemento de prevenção de doenças carenciais no primeiro ano de vida, a exemplo da desnutrição protéico-energética. Para as comunidades ricas, assume um caráter preventivo em relação à obesidade e demais intercorrências resultantes da superalimentação do lactente.

As vantagens imunológicas relativas à amamentação, que constam dos inúmeros trabalhos publicados na última década, podem ser sintetizadas em uma única frase: cada mamada é uma vacina. A literatura é unânime em demonstrar a eficácia dos fatores de proteção do leite humano, destacando até mesmo sua ação em patologias que têm exigido maior atenção no atual cenário da saúde pública, como cólera e dengue, cujos agentes causais são eficazmente combatidos por constituintes específicos do leite humano.

Ainda no conjunto de vantagens para o lactente, os achados científicos incluem evidências sobre o desenvolvimento de maiores índices de QI – quociente de inteligência – entre crianças amamentadas ao seio (Lucas et al., 1992). Para alguns autores, estes resultados explicam-se pelas interfaces que se estabelecem entre as dimensões emocionais e fisiológicas da amamentação (Almeida, 1992b).

Em relação à mulher, a recuperação pós-parto, associada à diminuição do sangramento e involução uterina, assim como a praticidade, são as principais vantagens apresentadas. Vários autores, a exemplo de King (1994), reconhecem o efeito contraceptivo da amamentação, quando praticada em regime de livre demanda, e ainda o consideram um importante fator para aumentar o espaçamento entre gestações. Apesar de o aleitamento não consistir em um meio de prevenção do câncer, estudos têm demonstrado menor incidência de câncer de mama e de colo uterino entre mulheres que amamentaram (Handy et al., 1983).

No que concerne aos benefícios que a amamentação traz à família, tem-se destacado seu papel agregador, capaz de favorecer a nucleação familiar (Monson, 1992).

Os aspectos econômicos dizem respeito aos benefícios obtidos pelo grupo familiar que opta pela amamentação. Em um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, em 1994, calculou-se um desperdício médio de US$ 43/mês ao longo do primeiro ano de vida do bebê, se o seio materno fosse substituído pela alternativa alimentar de menor custo disponível no mercado àquela época, este valor representando apenas o custo direto, necessário à compra do alimento alternativo. Em contraponto, a criança que mama no peito necessita apenas 5% de um salário mínimo para suprir todas as suas necessidades vitais (Carvalho et al., 1994).

Em relação ao Estado, os aspectos relacionados à saúde e à economia têm merecido lugar de destaque nas publicações. A adoção de políticas de promoção e apoio à amamentação é apresentada como uma estratégia supletiva de saúde pública, cuja eficácia já foi comprovada em diferentes sociedades, com diferentes graus de complexidade e desenvolvimento (Martins Filho, 1984).

Os efeitos positivos advêm, inicialmente, da melhora individual do estado da criança e da mulher, e, posteriormente, do impacto sobre a coletividade, mediante o somatório dos ganhos individuais, resultando em benefícios plurais para a sociedade (Araújo, 1997). Alguns autores reafirmam que o compromisso da criação de um estado-nação mais digno no futuro passa pela capacidade de construção de gerações saudáveis e com maior potencial intelectual, evocando, para tanto, a prática da amamentação exclusiva até o sexto mês (Almeida & Gomes, 1998).

Quando se fala em economia, relatos sobre a última década revelam que o Brasil desperdiçou algo em torno de trezentos milhões de litros de leite humano por ano em decorrência do desmame precoce. Para efeitos comparativos, podemos recorrer a um estudo, realizado na cidade do Rio de Janeiro, que estima um dispêndio de US$ 208 milhões para cobrir os custos da reposição deste volume com leite do tipo C. Caso se optasse pelo leite em pó de menor custo, disponível no mercado à mesma época, este valor subiria para US$ 300 milhões (Carvalho et al., 1994).

Estas cifras merecem um comentário especial, mormente quando consideradas perante a atual realidade do País. A bacia leiteira ora existente certamente enfrentaria sérias dificuldades para responder a esta demanda, assim como o parque industrial encontraria grandes obstáculos para atender qualitativamente às especificidades tecnológicas que se fazem exigir em decorrência de práticas impróprias de desmame (Monson et al., 1991). Assim, para responder à necessidade de reposição do volume de leite humano não realizado em razão da prática do desmame, o caminho natural do mundo globalizado passa a ser o da importação de leites modificados, implicando transferência de divisas para os países fabricantes. Note-se que a grande maioria dos leites modificados, hoje comercializados no mercado brasileiro pelas multinacionais, já segue esta lógica.

À luz do conhecimento científico, a resposta para a pergunta inicial tem um nome preciso: *vantagens*. Amamentar por quê? Porque a criança, a mulher, a família e o Estado, todos, indistintamente, são amplamente beneficiados com a prática da amamentação direta ao seio.

Contudo, configura-se neste ponto um verdadeiro paradoxo: o desmame. Apesar de as vantagens da amamentação serem apresentadas com contundência pela comunidade científica, e apesar de se observar uma considerável melhora nos índices de amamentação registrados no Brasil entre as décadas de 80 e 90, observa-se também que existe uma espécie de tendência latente ao desmame, historicamente presente na sociedade, levando as mulheres a desmamarem seus filhos de forma precoce (Almeida & Gomes, 1998). Por que esta propensão a abandonar uma prática que traz múltiplos benefícios e se mostra inigualável na alimentação de lactentes? Como explicar este paradoxo?

Um fato que se vem tornando cada vez mais evidente é o descompasso entre o avanço do conhecimento científico – que descobre e correlaciona as

especificidades do leite humano às peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente – e a amamentação como prática socialmente instituída. Todas as vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir a introjeção de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame.

Para tentar responder a este paradoxal descompasso, várias pesquisas foram desenvolvidas no Brasil, particularmente a partir dos anos 80. Como resultado da busca para desvendar as razões desta tendência, inúmeras verdades foram construídas, conferindo ao desmame um caráter multicausal.

Orlandi aponta como um dos fatores do declínio do aleitamento materno as mudanças da estrutura familiar na sociedade urbana moderna. Reforçando este pensamento, o autor argumenta que a jovem mãe "não tem mais o apoio, a ajuda e o incentivo dos parentes mais velhos (avós, tias, irmãs etc.), elementos facilitadores do aleitamento materno" (Orlandi, 1985:124).

A falta de amparo social à amamentação consistiu em um outro importante elemento de favorecimento do desmame precoce. Réa (1989:276), ao salientar que nem sempre a sociedade tem facilitado a amamentação, observa:

> Importante é frisarmos que a sociedade não tem se aparelhado para favorecer a mulher no exercício da amamentação. Pelo contrário, ao mesmo tempo em que a culpabiliza por não amamentar, interfere bruscamente sobre o parto com procedimentos cirúrgicos ou medicamentos; cria estruturas hospitalares anti-aproximação mãe-bebê; não cria ou não respeita leis trabalhistas para o amparo à maternidade; libera as companhias produtoras de substitutos do leite materno de qualquer compromisso ético quanto à propaganda de seus produtos; e, no nível de ambulatório de saúde, não capacita seus profissionais para darem o apoio e terem conhecimentos necessários para aconselhar a mãe que amamenta.

A preocupação com a reversão do desmame precoce figura há muito nas agendas de saúde pública. No Brasil, a partir de 1981, esta preocupação deu origem à definição da política estatal em favor da amamentação, materializada no Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) (Monson, 1992). No desenvolvimento deste Programa, alguns pressupostos foram assumidos de forma quase axiomática:

> na arte de amamentar, mais vale um bom par de mamas do que os hemisférios cerebrais do mais douto professor. (Rego, 1992)

> O ser humano é o único mamífero que separa a cria da mãe após o nascimento. (Nutes, 1987)

> A saúde de seu filho depende de você. Amamente! (Monson, 1992)

O eixo que norteou o delineamento das ações do PNIAM se fundamentava em resgatar a prática da amamentação, concebida como nada mais do que

um ato natural, instintivo, inato, biológico, próprio ao binômio mãe-filho, em que a mãe, mamífera, detém a responsabilidade sobre a saúde de sua cria, reproduzindo na íntegra a concepção higienista de amamentação construída no século XIX (Almeida, 1998a).

O paradigma de amamentação adotado pelo PNIAM biologizou as questões relativas ao aleitamento e, ao tratar o paradoxo do desmame, foi incapaz de admitir a assimetria entre os humanos e as demais espécies de mamíferos, insistindo que o ato de amamentar fosse considerado como instintivo, natural e biológico (Almeida & Gomes, 1998).

A necessidade de se rever o modelo de amamentação adotado pela política estatal transformou-se em objeto de consideração para vários autores. Orlandi estima que, apesar de se aceitar a importância da mulher para se promover a amamentação, o campo das políticas nem sempre reflete a ótica deste ator social. Conclui:

> Seja como for, os seios, por muito tempo, despertarão um interesse político. Mas é preciso lembrar que eles pertencem às mulheres e que elas não são chamadas a opinar e a decidir na política do aleitamento materno desde o século XVIII. No século XX, os homens continuam cometendo os mesmos erros. (Orlandi, 1985:134)

Nakano (1996), estudando as representações da amamentação em um grupo de mulheres, ratifica as construções de Silva (1990) ao concluir que elas se manifestam por um sentimento ambíguo e contraditório, que oscila entre o desejo e o fardo. Mesmo as mulheres que vêem o aleitamento como um ato biologicamente determinado percebem limites em sua prática e sentem necessidade de desenvolver um aprendizado, evidenciando que o ato de amamentar não é assim tão instintivo (Almeida & Gomes, 1998).

Um dos maiores problemas do atual paradigma de amamentação refere-se ao fato de operar com conceitos que reforçam a separação entre ciência e sociedade, distanciando fatos sociais e fenômenos biológicos, como se ambos fossem mutuamente excludentes. Quando se discutem as questões biológicas, fundamentadas em teorias científicas, fala-se do 'ser biológico' e dos fatos naturalizados, não havendo espaço para a sociedade e para o sujeito. Quando se fala da dimensão social, tende-se sempre a desconsiderar a ciência e a técnica em detrimento da cultura. Em um universo de circunstâncias pós-modernas, não é plausível admitir uma separação entre fato e teoria, como se fosse possível haver um mundo inteiramente independente daquilo que se pense dele. Há que se sair da perspectiva do realismo puro, que satisfaz o modelo atual, para um realismo histórico, no qual a concepção de neutralidade científica seja substituída pelas questões éticas envolvidas nas dinâmicas que se estabelecem entre o biológico e o social, no cenário da amamentação.

Fato Social ou Fenômeno Biológico?

Uma boa forma de iniciar a reflexão sobre esta questão consiste em buscar informações que enriqueçam a problematização da temática. Ao se utilizar a Internet com esse propósito, chega a ser surpreendente o número de *sites*, *homepages*, *links* e outros dispositivos contendo as mais variadas possibilidades de acesso ao conhecimento sobre a amamentação – todas muito novas para uns, e tão comuns e usuais para aqueles que já se habituaram a navegar nesse mar de informações de um mundo cada vez mais veloz e mais globalizado.

Na rede de computadores, trabalhos científicos com as vantagens inigualáveis da amamentação se misturam a obras de arte, bem como os relatórios oficiais das agências de governo dividem espaço com documentos elaborados por diferentes organizações não-governamentais. Por intermédio deles, é possível constatarmos, por exemplo, que as campanhas e medidas adotadas em favor da amamentação no Brasil, no curso da década de 90, lograram bastante êxito: os índices de desmame precoce tendem a uma franca reversão em diferentes regiões do País. No entanto, em um *link* disponível na parte inferior da mesma *homepage*, um grupo de pesquisadores questiona se a amamentação está sendo de fato promovida de maneira eficaz, ressaltando que, a despeito de todo o conhecimento científico, o aleitamento soa, para muitos formadores de opinião e em importantes segmentos do setor saúde, como algo românico, ultrapassado e de pouca relevância científica.

Lendo um pouco mais, é possível passar da unanimidade científica, representada pelas propriedades biológicas ímpares do leite humano, para o 'desmame comerciogênico', praticado em prol do consumo de leites modificados, em detrimento da saúde dos lactentes. Na *homepage* seguinte, um *link* possibilita-nos o acesso a um hipertexto que trata a amamentação como uma questão de ética humana e indica a inadequação dos modelos adotados pelas escolas de medicina de várias regiões do globo.

O mesmo *site* mistura reações químicas e reações políticas. Um mesmo fio conecta os peptídeos supressores da célula alveolar materna às últimas deliberações do Congresso sobre os instrumentos legais de apoio à amamentação, objetivando atender as mulheres engajadas no mercado formal de trabalho. As questões de economia, política, ciências, religião, cultura e generalidades que perpassam pela amamentação podem ser aí encontradas em suas múltiplas formas de abordagem.

Uma das *homepages* dedica-se a refletir sobre os fatores que levam a mulher a amamentar exclusivamente até o sexto mês ou a optar pelo desmame precoce de seu filho. Nela, a relação sucesso-insucesso se transforma em objeto de questionamento, formulado com base em problematizações que vão dos indicadores estatísticos de prevalência às práticas que imputam culpabilidade à

mulher, resultantes de ações verticais, e que impõem um policiamento social em favor da amamentação. O mesmo artigo é capaz de entremear câncer de mama, síndrome do respirador bucal, problemas na fala, alergia, perfis epidemiológicos, atenção pré-natal, cuidados com a mama puerperal, pega, fissura, mastite, bicos, compressas quente e fria, chupetas, massagem, ordenha, cólica, sucção, água e chás, o trabalho materno, o papel do pediatra, a propaganda da indústria, a mídia, um tal congresso em um navio etc. O mesmo hipertexto mistura fatores diversos, em busca de uma análise abrangente sobre os determinantes do desmame precoce. Novamente, observa-se que um mesmo fio conecta as mais puras questões científicas às proposições da política estatal, à prescrição de leites modificados de um certo fabricante que há décadas promove congressos científicos voltados para a saúde da criança, aos riscos globais do desmame e à dificuldade de se instituírem condutas intra-institucionais que favoreçam a amamentação.

Em uma seção destinada a discutir questões relativas à alimentação e nutrição de recém-nascidos prematuros, é possível saber que estes bebês são capazes de responder adequadamente quando usam leite humano; que o leite produzido pelas mães de lactentes que nascem com este perfil apresenta uma composição diferenciada em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos; que estas diferenças na composição representam uma adequação do leite às peculiaridades fisiológicas do metabolismo destes bebês; que as unidades de terapia intensiva neonatal dos Hospitais Amigos da Criança estão utilizando exclusivamente leite humano e obtendo excelente resposta, e mesmo assim boa parte dos neonatologistas deste país continua a prescrever fórmulas; e que a indústria tem investido, de modo cada vez mais intenso, no *marketing* de produtos destinados a consumidores com este perfil.

Esse conjunto de fatos e eventos vêm ao encontro do que postula Latour acerca da proliferação dos híbridos que se formam entre os domínios da natureza e da cultura, observando que "as proporções, as questões, as durações, os atores não são comparáveis e, no entanto, estão todos envolvidos na mesma história" (1994: 7).

A amamentação se faz cada vez mais presente na Internet, multiplicando informações a uma velocidade surpreendente. O mais espantoso, porém, não é a velocidade da multiplicação, e sim a forma como ela vem se processando: progressivamente, a amamentação vem sendo apresentada nos hipertextos como uma categoria capaz de delinear tramas que envolvem ao mesmo tempo ciência, política, economia, direito, religião, técnica e ficção. Toda a natureza e toda a cultura são constantemente reviradas nesses trabalhos, 'hibridizando' determinantes biológicos e condicionantes socioculturais. Com isso, a amamentação cada vez mais assume contornos que nos permitem categorizá-la como um híbrido, construído com fundamento tanto no que é disposto pelas leis naturais que regem os fenômenos biológicos, quanto nas intencionalidades dos atores e dos grupos que originam os fatos sociais.

No entanto, ninguém parece estar preocupado com isto. As questões de economia, política, ciências, livros, cultura e religião dividem o *layout* de uma mesma *homepage* sobre amamentação como se nada acontecesse. O vírus da Aids interliga as mais distintas dimensões, desenhando uma complexa rede que nos faz passar do sexo ao inconsciente, às rotinas hospitalares, ao DNA, às convenções da Organização Mundial de Saúde (OMS), às culturas de células, às doadoras de leite humano, ao *marketing* dos leites industrializados, aos formuladores da política estatal. Porém, como bem considera Latour (1994), os analistas, pensadores, pesquisadores e todos os que tomam decisões irão cortar a rede urdida pelo vírus em pequenos compartimentos específicos, separando apenas ciência, apenas economia, apenas representações sociais, apenas generalidades, apenas sexo. Embora o mundo em que vivemos seja de fato composto por este confuso amálgama, que na verdade termina por constituir o próprio mundo, os analistas são incapazes de lidar com ele e, ao exercerem a crítica, rompem o frágil fio da rede em tantos segmentos quantas forem as disciplinas puras que a compõem. Para eles, misturar conhecimento, interesse, política e poder seria tão inadmissível quanto misturar o céu e a terra, ou humano e inumano. Assim, mesmo que a questão da amamentação venha evidenciando cada vez mais nitidamente a indissociabilidade entre as dimensões biológica e social, o paradigma em vigor continua insistindo em separar, de um lado, o conhecimento – construído em bases científicas – e de outro, o interesse, o poder e a política dos homens.

O grande problema é que a tradicional divisão de tarefas, responsabilizando os cientistas pela gestão do âmbito biológico e os políticos pela gestão da sociedade, tem se tornado crescentemente incapaz de dar conta da dimensão híbrida da amamentação.

Mais do que um fato social ou fenômeno biológico, a amamentação é uma categoria híbrida que se constrói com características, propriedades e atributos definidos tanto pela natureza como pela cultura.

2 Dimensões Socioculturais da Amamentação no Brasil

As vantagens oferecidas pelo aleitamento materno, em seus múltiplos aspectos, representam uma unanimidade no meio científico. A superioridade do leite humano como alimento, agente protetor de infecções e modulador do crescimento do lactente, encontra-se amplamente descrita na literatura (OMS, 1994). Igual destaque merecem os aspectos psicológicos que resultam da interação mãe-filho: a criança, a mãe, a família, a sociedade e o Estado são amplamente beneficiados pela prática da amamentação natural (Araújo, 1997).

Apesar de todas estas vantagens, estudos revelam que a mulher contemporânea tende a amamentar cada vez menos (Souza, 1996). Tal tendência ao abandono da amamentação engendra o *paradoxo do desmame*, que traz consigo uma grande questão: por que as mães tendem a desmamar os seus filhos cada vez mais precocemente? A lógica imediatista impulsiona o raciocínio para respostas rápidas e diretas, que relacionem o hábito da amamentação ao novo papel social da mulher. Na verdade, o perfil do feminino e da família brasileira mudou, notadamente ao longo da década de 80, quando quase dobrou o número de unidades domésticas compostas por famílias chefiadas por mulheres. Em decorrência, houve um aumento expressivo da participação das mulheres no mercado de trabalho (Ribeiro, 1994). A mulher, cuja importância social relacionava-se predominantemente à sua capacidade de gerar força produtiva, passou a ser impelida a contribuir de maneira direta na composição da renda familiar e, assim, foi obrigada a assumir o ônus de uma tripla jornada: a de mãe, dona-de-casa e trabalhadora remunerada (Giffin, 1994).

Na tentativa de ampliar a compreensão sobre os determinantes do desmame precoce, vários trabalhos foram realizados, em diferentes épocas e regiões do País. Curiosamente, nos estudos em que se buscou compreender o desmame com base no que a mulher verbaliza, permitindo-se que ela manifeste sua verdadeira razão para o abandono da prática do aleitamento, o trabalho materno ocupa um lugar secundário entre as justificativas apresentadas. Assim, considerar a inserção da mulher no mercado de trabalho como o principal fator explicativo para o desmame consiste em um problema de retórica ou de visão parcial. Monson et al. (1991), referindo-se a alegações maternas para o desmame, aludem a um estudo realizado na cidade de Nova Friburgo (RJ), no qual

77,9% das mães diziam ter desmamado seus filhos por acreditar que "o leite não sustenta", ao passo que a volta ao trabalho foi a justificativa apresentada por apenas 3,4% das entrevistadas. Réa & Cuckier (1984) atentam para o fato de que raramente as mulheres assumem o desmame e que, na maioria das vezes, lançam mão de respostas estereotipadas, adaptadas ao que é aceito e esperado no contexto sociocultural em que se encontram inseridas, para justificar o 'insucesso' com a amamentação. A propensão a se justificar o desmame com base em questões relacionadas à hipogalactia é já um fato comprovado (D'Avila, 1986; Villa, 1985; Issler et al., 1989; Figueiredo, 1981; Martins Filho, 1976; Ricco, 1975; Alvim, 1964). Contudo, as disfunções lactogênicas mamárias causadas por fatores anatômicos e fisiológicos são raras, o que permite refutar, com fundamento científico, as teses da hipogalactia e da existência do leite fraco (Nakano, 1996; Santos Júnior, 1995).

Diante do exposto, uma pergunta pertinente continua sem resposta: se não existe leite fraco e a hipogalactia não passa de retórica, visão parcial ou estratégia textual, o que de fato é fraco? Para tentar lançar luz sobre esta questão, torna-se necessário compreender como a sociedade brasileira representou a amamentação no decurso de sua história. Assim, partindo de uma revisão exaustiva da literatura e de consultas a outras fontes documentais, buscou-se estabelecer a rede que se estende em torno da amamentação, desde a chegada dos colonizadores ao País, interligando, como partícipes de uma mesma trama: os valores pertencentes às diferentes culturas que concorreram para a formação da sociedade brasileira, em seus diferentes estágios; a política estatal; a medicina; as questões econômicas; o avanço do conhecimento científico sobre a temática; a indústria de laticínios; os serviços de saúde e a sociedade civil organizada, na figura das organizações não-governamentais e das entidades representativas de classe. Obviamente, estes fatores têm um poder de interferência diferenciado e pesam diferentemente no contexto de construção do fenômeno da amamentação.

Por meio da análise compreensiva dos fatores socioculturais, capazes de interferir na produção do conhecimento e nas práticas que se articulam no âmbito da amamentação, espera-se introduzir uma nova forma de discutir a temática no cenário da saúde pública e, assim, contribuir para o estabelecimento de bases que permitam uma melhor resolutividade na formulação das políticas para a área.

O Brasil Importa o Desmame

A carta de Pero Vaz de Caminha ao rei de Portugal contém o que certamente pode ser considerado o primeiro relato sobre a amamentação no Brasil: "com um menino ou menina ao colo, atado com um pano (não sei de quê) aos peitos (...)" (apud Silva, 1990:29). A alusão ao fato de as mulheres indígenas amamentarem seus filhos denota, mais do que uma surpresa, o estranhamento

dos 'descobridores' perante uma prática do 'novo mundo', a qual já havia sido proscrita da civilização européia. Historicamente, no contexto do Brasil, talvez situe-se neste ponto o primeiro embate cultural em torno da amamentação. O ato de aleitar diretamente ao seio, cultivado pelos integrantes da sociedade tupinambá, de certo foi percebido pelos portugueses como um comportamento instintivo e natural, impróprio para o homem civilizado, cujo padrão de referência comportamental circunscrevia-se aos hábitos e costumes da cultura européia (Silva, 1990).

A literatura traz a relevo três importantes aspectos, comuns às comunidades indígenas brasileiras que cultivavam o hábito da amamentação: o regime alimentar do lactente, a duração do aleitamento e a compatibilidade da dupla jornada da mulher.

O regime alimentar do lactente acompanhava o desenvolvimento da marcha. Na fase de colo, período em que ainda não tinha aprendido a andar, a criança tinha a sua alimentação basicamente restrita ao seio materno, muito embora recebesse da mãe uma massa de grãos de milho, por ela mastigada e pré-digerida pela ptialina. Entretanto, a índia não estimulava o apetite do filho: a massa de amido era colocada nas mãos do bebê, que decidia levar ou não à boca o alimento que estava a seu alcance. Uma vez desenvolvida a marcha, a criança passava a se valer da comida dos adultos, mas sem abandonar o peito da mãe (Silva, 1990).

Considerando-se a duração, o período de aleitamento misto se prolongava por mais de dois anos (Santos Filho, 1977; Salvador, 1982), merecendo destaque o fato de o desmame ser efetivado conforme a dieta dos pais, com respeito ao hábito alimentar da família. Apesar da exaustiva revisão da literatura, não foi possível encontrar registros que demonstrassem a utilização de leite de outras espécies animais no curso do desmame. Cabe sublinhar ainda que os relatos sobre desnutrição e mortalidade entre lactentes indígenas brasileiros só passaram existir a partir do momento em que se ampliou a convivência com o branco (Rocha, 1947), o que pode ser considerado um indicador positivo para o regime alimentar praticado.

Em relação ao desmame, sua ocorrência restringia-se a três situações: morte materna, doença grave da mãe ou casos interditados pela cultura. A cultura impedia a amamentação nas situações em que a criança era considerada indesejável, ou seja, quando se tratava de filhos de inimigos com mulheres da tribo ou filhos de índias que mantinham relações sexuais com mais de um parceiro (Silva, 1990).

O trabalho materno não consistia em fator de desmame entre as índias tupinambás, embora a sociedade indígena imputasse uma carga de trabalho para a mulher superior à do homem. Com auxílio da tipóia, a índia conseguia harmonizar seu duplo papel: de mãe-nutriz e mulher-trabalhadora (Silva, 1990).

Em resumo, no Brasil, o aleitamento materno entre os índios tupinambás era a regra geral até a chegada dos europeus, que trouxeram em sua bagagem cultural o hábito do desmame. Para as mulheres européias daquela época, pertencentes às classes sociais dominantes, o amor materno não tinha valor social e moral, fato que as levava a considerar a amamentação uma tarefa indigna para uma dama. Esse comportamento tendia a ser copiado pelas demais classes como forma de distinção social (Badinter, 1985). Em Lisboa, a amamentação mercenária era uma prática socialmente instituída, e cabia às saloias, camponesas da periferia, o aleitamento dos filhos das classes sociais dominantes (Freyre, 1978).

Surge a Figura da Ama-de-leite: a saloia brasileira

A família branca brasileira se estruturou de forma nucleada e hermética, isolada no interior da casa grande. Ao homem cabia todo o contato com o meio exterior, a sociabilidade da rua; à mulher, o cuidado com a casa, a qual gerenciava como uma empresa doméstica, sem concurso algum do marido (Loyola, 1983).

Portugal transmitiu ao Brasil o costume das mães ricas de não amamentarem seus filhos e, conseqüentemente, a necessidade de se instituir a figura da saloia. As índias cunhãs constituíram a primeira versão de saloias brasileiras; porém, em razão da rejeição cultural que apresentavam, foram substituídas pelas escravas africanas (Freyre, 1978). As escravas amamentavam e cuidavam das crianças, que não passavam de um acessório, pois ao pai proprietário só interessava o filho adulto, capaz de herdar seus bens, levar adiante seu trabalho e enriquecer a família (Costa, 1983).

Segundo Linton (1981), os elementos culturais nunca se transferem integralmente de uma cultura para outra, uma vez que a sociedade receptora desenvolve novas interpretações, moldando-os para servir a novas finalidades. Assim, em substituição à saloia, a figura da ama-de-leite foi socialmente construída e instituída, impondo-se o desmame às escravas em favor da amamentação da criança branca. A urbanização ampliou a difusão das amas-de-leite entre as novas camadas sociais e possibilitou o surgimento da figura da mãe-preta de aluguel (Costa, 1983). A importância atribuída a este novo ator social assumiu tamanha proporção, que alguns senhores de escravos chegaram a admitir que criar negras para alugar como amas era mais rentável do que plantar café (Ewbank, 1976). Este tipo de assertiva denota a relevância atribuída ao aleitamento mercenário no Brasil, onde, ao contrário do que ocorria em Portugal, o lucro gerado com a comercialização do leite destinava-se ao proprietário das amas-escravas.

O teor de alguns anúncios publicados pelo *Jornal do Commercio*, na cidade do Rio de Janeiro, em 1850, permite-nos uma melhor contextualização: "Aluga-se uma preta para ama-de-leite, parida há 7 dias, com muito bom leite" (15/08/1850); "Aluga-se uma optima ama sem cria" (1/02/1850); "Vende-se

uma preta, moça, com bom leite, com filho ou sem elle, que tem dous meses" (08/8/1850); "Vende-se, muito em conta, com filho de um ano, muito bonito e gordo, uma preta" (29/08/1850) (apud Silva, 1990:55).

Esta nova versão de aleitamento mercenário, impregnada de uma estratégia mercantilista típica do capitalismo, foi exercida no Brasil em um momento histórico muito anterior à chegada dos leites industrializados. É secular, portanto, a tendência de se procurar auferir lucros com práticas que gravitam em torno da amamentação, estimulando propositadamente a instituição do desmame. Logo, é preciso encaminhar melhor, nos dias atuais, a discussão acerca do quanto as estratégias de *marketing* são capazes de se apropriar desta secularidade, visando à promoção dos produtos industrializados.

Do Descobrimento ao Nascimento da Medicina Higienista

A sociedade colonial brasileira fundava-se na miscigenação entre índios, brancos e negros. A principal difusão de elementos culturais se deu da Europa e da África para o Brasil, de onde vieram grandes contingentes de população branca e negra (Freyre, 1978). Esta dinâmica intercultural criou uma realidade complexa – o sistema social brasileiro –, composta por um conjunto de forças e tendências freqüentemente contraditórias (Satriani, 1986). Neste contexto, "as classes dominantes têm, geralmente, maiores condições de fazer com que suas invenções se espalhem pelo restante da sociedade, pois possuem um maior poder de verbalização, dominam os meios de comunicação, têm maior prestígio (...)" (Silva, 1990:25). Desta maneira, a cultura branca européia configurou sua dominância sobre os elementos culturais indígenas e africanos.

Apesar da escassez de relatos acerca da família escrava, os negros, assim como os índios brasileiros, em que pesem suas diferenças culturais tribais, cultivavam o hábito do aleitamento materno (Freyre, 1978). Contudo, de modo a se atender a uma demanda cultural da família branca, a maternidade foi negada à mulher negra, para tornar possível a apropriação de sua capacidade de reproduzir e amamentar (Costa, 1983).

Como já foi dito, a família branca não amamentava, hábito que se justifica, entre outros fatores, pela imitação do costume europeu, um modismo no qual o amor materno não tinha valor social e moral. Vários valores e crenças cercavam este costume: a ternura era considerada um sentimento ridículo, a amamentação pretensamente enfraquecia a mãe e não era uma tarefa nobre para as damas. Acreditava-se também que a amamentação trazia prejuízos para a estética e beleza física da mulher, e que as relações sexuais seriam capazes de 'corromper' o leite. Em suma, a aristocracia não considerava

a amamentação uma prática elegante e, na falta de uma consciência social crítica sobre o desmame, as classes subalternas copiavam este valor, buscando distinguir-se socialmente (Costa, 1983).

A Medicina Higienista e o Novo Paradigma de Amamentação

No século XIX estabeleceu-se, por reciprocidade de interesses, uma aliança entre a medicina, que buscava sua independência, e o Estado, que precisava instituir um sistema de controle da população. O Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas. A prática higienista relacionou de forma direta a saúde da população à saúde estatal, e, para consecução de seus objetivos, elegeu a "família de extração elitista" como alvo principal. A meta era converter a família ao Estado, pela higiene. Cabe observar que a família sempre constituiu um dos mais sérios obstáculos à consolidação do Estado brasileiro (Costa, 1983).

Ao conjunto de técnicas de persuasão e estratégias de ataque a que recorreu, a medicina social chamou de 'higiene familiar'. Entre as regras básicas, o binômio mãe-filho tornou-se uma das mais brilhantes equações desenvolvidas pelos higienistas, por intermédio da qual a higiene elevou a mulher à categoria de mediadora entre os filhos e o Estado (Meirelles, 1847). Assim, os higienistas reconstruíram socialmente a biologia do ciclo gravídico-puerperal, buscando resgatar, na ordem natural do instinto, a maternidade e a amamentação como fatores vitais para a sobrevida dos filhos.

Esta abordagem aponta para a difusão social da catequese nacionalista, que passou a imputar enorme importância econômico-política à vida da criança de elite. Em relação a isto, inferia Meirelles, em 1847:

> Quanto não sois responsáveis, ó mães, perante a natureza e a sociedade, vós que podeis transmitir com vosso leite nobres e excelentes virtudes e dar à sociedade homens fortes, capazes de suportar todos os trabalhos! Lembrai-vos que no nosso futuro, costumes, paixões, gostos, prazeres, e até nossa felicidade dependem de vós; corrigi este abuso, e os homens tornar-se-ão verdadeiros filhos, maridos e pais; isto feito, uma reforma geral sucederá na sociedade, a natureza reconquistará seus direitos. (apud Costa, 1983:16)

A mulher colonial tornou-se um dos principais objetivos da medicina social, uma vez que arrancá-la da alcova seria a estratégia para conquistá-la como aliada, ao mesmo tempo em que se buscava enfraquecer o poder paterno e integrar a família à cidade. Para tanto, os médicos chegaram a conceber uma nova patologia – a 'síndrome de alcova' –, sobre a qual Camarano teceu as seguintes considerações, em 1884:

> O exercício ao ar livre é uma necessidade imperiosa para a mulher que aleita. Pela vida sedentária perde o leite as qualidades nutritivas e diminui consideravelmente. Compreende-se facilmente esta influência tão notável que a vida sedentária exerce sobre a quantidade e a qualidade do leite, pois basta observar-se a relação constante que existe entre uma boa digestão e um exercício moderado (...). (apud Costa,1983:20)

Assim, a amamentação foi transformada em um evento meramente biológico e diretamente relacionado aos interesses e expectativas do Estado e do poder médico. Os estigmas do brasileirismo colonial e senhorial passaram a funcionar como um sinal negativo e, em nome das crianças, a higiene insurgiu-se contra a insalubridade. A pressão higiênica em prol da amamentação certamente tinha metas que transcendiam a proteção da vida da criança. O ato de amamentar prestava-se a regular a vida da mulher no universo disciplinar imposto pela normalização higiênica. Por este enfoque, o primeiro objetivo disciplinar da amamentação seria regular o tempo livre da mulher na casa, livrando-a do ócio e dos passatempos nefastos à moral e aos bons costumes familiares. O aleitamento também prestou-se a deter a mulher no lar e a arrefecer a independência feminina, decorrente da emancipação do patriarcado. Do ponto de vista dos higienistas, a independência feminina não podia ultrapassar as fronteiras da casa e do consumo de bens e idéias que reforçassem a imagem de mulher-mãe; caso contrário, a sobrevivência do machismo estaria comprometida. O discurso higiênico sobre a amamentação envolvia as mulheres na política de utilização "machista" do homem, fazendo-as crer na nobreza da função de amamentar (Costa, 1983).

O escravo constituiu um dos mais sérios problemas para a lógica higienista, pois não era possível oferecer-lhe, em troca de adesão, os benefícios oferecidos à família branca. A felicidade física e racial, a riqueza econômica e espiritual não podiam ser estendidas à família escrava. Como a medicina não encontrou um caminho para modificar higienicamente o escravo, sem lhe alterar a posição social e o estatuto civil, sua alternativa foi transformá-lo de "animal útil ao patrimônio em animal nocivo à saúde" (Costa, 1983). O negro foi alinhado com miasmas, insetos, maus ares e maus hábitos, transformado em um verdadeiro veneno social para a família. A escrava foi utilizada como objeto de projeção de culpa da mulher, responsabilizada pela infelicidade, doença e morte dos filhos entregues a seus cuidados. Esta visão médico-política do escravo coincidia com o movimento econômico que, naquele momento, tendia a suprimi-lo da cena social. As famílias de primeira linha e os europeus recém-chegados ao País só admitiam serviçais brancos. A responsabilização do negro pelos hábitos incultos e maneiras rudes dos senhores foi uma outra contribuição da medicina para a "reuropeização" da sociedade (Costa, 1983).

Os higienistas passaram a condenar rigorosamente o aluguel de escravas como amas-de-leite. A maioria das críticas feitas à mortalidade infantil adveio de trabalhos médicos sobre amamentação, cuja tônica não era o destino dos filhos das escravas, e sim a saúde dos bem-nascidos: "é necessário reprimir o

abuso dos senhores de escravos, que mandam lançar à roda ou abandonam os ingênuos com o fim de alugarem as mães ou a obterem delas maior soma de trabalho (...)" (Vieira, 1882, apud Costa, 1983:167). Ou ainda:

> Há entre os senhores das escravas um método horrível e que influi extraordinariamente sobre o moral das escravas, tornando assim o seu leite nocivo às crianças, isto é, mandar pôr na roda os filhos desta, para assim recuperarem melhor seu aluguel. (...) Este fato, que à primeira vista parece pouco importante, influi de tal modo sobre o moral da escrava, que a torna inapta a aleitar outra criança. (Neves, 1873, apud Costa, 1983:38)

A circunscrição da sexualidade feminina à zona de controle higienista envolveu várias manobras, e a limitação do ato sexual no curso da amamentação foi uma das que lograram maior sucesso. As restrições justificavam-se, segundo a lógica da medicina social, por evitarem uma nova concepção que comprometeria a secreção lática, e pelo fato da própria relação sexual ser capaz de corromper as qualidades do leite. Deste modo, os higienistas que 'catequizaram' a mulher para o direito ao gozo, preocupados em salvar a criança, a família e o Estado, colocaram-na em uma posição sexualmente paradoxal. Serviram-se, então, novamente da amamentação, desta vez para mostrar como a mulher podia gozar sexualmente ao amamentar, conforme disse Meirelles, em 1847:

> A natureza, previdente, teve a sabedoria de colocar o prazer, onde o exercício de uma função é indispensável à vida e há dor quando suas leis são desprezadas. A mãe que cria sente correr com delícia o leite através dos canais que o devem levar à boca de seu filho; como no ato da reprodução ela tem muitas vezes erotismo, voluptuosidade: basta somente que lhe estenda os tenros bracinhos para que os seus seios se ingurgitem e que o leite seja ejaculado com força. (apud Costa, 1983:263-264)

A medicina higienista valeu-se do aleitamento materno como instrumento para se fortalecer na sociedade e colonizar progressivamente a família, tornando-a cada vez mais dependente dos agentes educativo-terapêuticos. A amamentação foi construída socialmente servindo-se de atributos naturais e instintivos, comuns às espécies definidas como mamíferas. Desta forma, para atender a fins estratégicos, a medicina social fundou a prática da amamentação natural sob a perspectiva do determinismo biológico, desconsiderando propositadamente, em seu favor, a magnitude dos condicionantes socioculturais que permeiam esta prática.

A Tese Pioneira

Em 1838, foi apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a primeira tese sobre aleitamento materno desenvolvida no Brasil, com o título *A Utilidade do Alleitamento Maternal e os Inconvenientes que Resultão do Des-*

prezo deste Dever. Seu autor, Agostinho José Ferreira Bretas, dissertava, à luz dos paradigmas da medicina higienista, sobre a superioridade do aleitamento materno e os riscos a que são submetidas as crianças privadas do seio da mãe.

Utilidade, inconvenientes, desprezo e dever: núcleos de sentido que revelam, quase emblematicamente, o cerne da filosofia em que se pautava a catequese higienista. A transferência de responsabilidades, aliada à culpabilidade materna, constituíam os dois principais instrumentos da medicina social recém-fundada no Brasil.

Com esse trabalho, Bretas (1838) marcou, no Brasil, o início da utilização do 'discurso científico' em prol da construção social do fator biológico na esfera da amamentação natural. A teoria das metástases, um dos primeiros fenômenos biológicos construídos socialmente pela medicina, apontava os riscos físicos que poderia correr a mulher que se recusasse a amamentar. Segundo tal teoria, o leite, uma vez produzido pela glândula mamária, deveria ser drenado, senão ocasionaria uma sobrecarga para o organismo, que por sua vez levaria à produção de ingurgitamento, cancro do útero, metrite, peritonite, flebite e outros males (Bretas, 1838).

Em defesa de sua ideologia – a promoção da prática da amamentação natural –, Bretas (1838) reuniu argumentos como o louvor aos povos de costumes ainda puros e que cultivam o aleitamento materno; a obrigação natural da mulher e o dever sagrado da mãe; a valorização das ações de promoção da saúde efetuadas pelo movimento higienista europeu; o valor mágico do leite, capaz de transmitir a pureza dos costumes e a força da constituição; o perigo moral da criação de crianças por amas; e a condenação da ama negra. Além disso, para o sucesso da amamentação, recomendava: a realização de exercícios regulares; a evitação de tudo que excitasse paixão; a fuga de emoções fortes; e a abstenção da amamentação após os 'prazeres conjugais', para não se reduzirem as qualidades do leite materno. O aleitamento era ainda apontado como um elemento imprescindível para transformar os homens em pais e maridos, capazes de atender ao novo padrão de identidade social construído pelo movimento higienista.

Das Regras para o Sucesso à Nova Causa de Desmame

A educação sanitária foi desenvolvida mediante ações autoritárias e verticais, que levavam as mães a obedecerem a prescrições, sem conhecerem o saber que as fundamentava (Badinter, 1985). A importância da amamentação era justificada pelo discurso científico, que construía os paradigmas do aleitamento materno e, por conseguinte, dava origem ao conjunto de regras balizadoras do comportamento materno.

No Brasil, em meados do século XIX, surgiram as primeiras regras normalizadoras da amamentação, que adotavam os referenciais teóricos advogados pelas escolas européias, em especial francesa e alemã. Note-se que muitas

destas regras, consideradas ultrapassadas para os dias atuais, ainda podem ser identificadas no discurso dos profissionais que atuam no segmento materno-infantil (Souza, 1996). Dentre os cuidados a serem seguidos pela mãe, para obter sucesso na prática do aleitamento, destacavam-se: a regulamentação de horários, determinando intervalos entre as mamadas e o tempo a ser despendido em cada uma delas; a amamentação em ambos os seios; a prática do decúbito lateral; o emprego da chupeta como meio de acalmar o bebê; a amamentação após o parto; a condenação do uso da água com açúcar para o bebê e as restrições alimentares para a mãe lactante (Silva, 1990).

Costa (1983) ressalta dois importantes aspectos do mecanismo de controle exercido pelos higienistas sobre o aleitamento materno: o primeiro diz respeito ao reducionismo biológico, por meio do qual se efetivavam comparações incessantes entre a mulher e as fêmeas dos demais mamíferos, nivelando as espécies, para daí extrair lições quanto à moral materna. O segundo remete à normalização do comportamento no plano da culpabilidade, uma vez que se utilizava o desconhecimento materno para obrigar as mulheres a amamentar e para responsabilizá-las, única e exclusivamente, por todos os insucessos.

Todo o conjunto de regras poderia ser sintomaticamente resumido em um único *slogan*, que certamente traduz o espírito da filosofia higienista acerca da amamentação: "a saúde de seu filho depende de você. Amamente".

Com as regras, nasceram as exceções. O fato de a amamentação ter sido construída como uma categoria definida por atributos eminentemente biológicos, regidos unicamente pelas leis da natureza, reduziu a efetividade das ações. A incapacidade de se lidar com os fatos culturais que gravitavam em torno da amamentação possibilitou o surgimento de situações impossíveis de serem solucionadas com as regras propostas pelo modelo higienista. Em 1869, Vianna relata que, apesar dos esforços despendidos para a promoção da amamentação, certos grupos de mulheres não conseguiam êxito, em virtude do pequeno volume de leite produzido, ou pelo fato de ser este fraco ou de secar com facilidade. Esta nova situação de insucesso, malgrado o cumprimento de todas as regras, tornou-se um problema sobre o qual o modelo higienista não dispunha de um conhecimento eficaz, que propiciasse um poder transformador. A crise paradigmática foi, então, contornada com a construção social de uma nova figura biológica: o leite fraco. Esta figura, criada no século XIX, integrou-se de tal forma à cultura do aleitamento materno no Brasil que, em alguns momentos, chegou a assumir o *status* de ator social, responsável pelo desmame.

O leite fraco passou a compor a 'regra da exceção', para explicar biologicamente os desvios do modelo higiênico de aleitamento materno. Os condicionantes culturais da amamentação, propositadamente ou por desconhecimento, não foram contemplados pela medicina higienista. A amamentação foi imposta à mulher branca, de origem européia, que secularmente cultivava o hábito do desmame e que não havia aprendido a amamentar. Mais do que ser

informada sobre as maravilhas do aleitamento materno, a mulher precisava ser capacitada para desempenhar o seu novo papel social, o de mãe-nutriz. Contudo, os aparatos higienistas não haviam sido projetados para processar este tipo de demanda, uma vez que não contemplavam ações que possibilitassem operar com mediadores entre o determinismo biológico e o condicionamento cultural da amamentação (Almeida & Gomes, 1998).

O nascimento do 'leite fraco' demarca um importante momento da história da saúde pública no Brasil, particularmente para os que trabalham com aleitamento materno, por trazer à tona a incapacidade do profissional para lidar com dois conceitos intimamente ligados, mas que designam conjuntos de práticas distintas: promoção e apoio. Do ponto de vista etimológico, 'promover' significa 'dar impulso, trabalhar a favor, fazer avançar, favorecer progresso', enquanto 'apoiar' quer dizer 'ajudar, amparar, sustentar' (Ferreira, 1993).

Os higienistas atuavam francamente como promotores do aleitamento materno, construindo socialmente o fator biológico em favor do progresso da amamentação. Porém, para transformar a mãe em nutriz, não bastava promover, havia que apoiar. A mulher certamente precisava ser ouvida, muito mais do que ouvir, pois, por mais que o determinismo biológico fosse inerente à espécie, faltava-lhe o condicionamento cultural favorável. A título de tentar estabelecer este condicionamento, o higienismo terminou por implantar uma severa censura para o desmame, responsabilizando e culpando a mulher (Costa, 1983). A medicina determinava com propriedade e rigor que a mulher devia amamentar, esquecendo-se de uma das mais importantes questões: ensinar como fazê-lo. Ensinar, amparando a mulher, ajudando-a a vencer a historicidade de seus costumes, e mediando os conflitos daí emergentes.

O higienismo criou e introjetou na cultura brasileira a figura do leite fraco. No entanto, como o processo de difusão de um elemento cultural envolve três etapas – apresentação, aceitação e integração (Linton, 1981) –, cabe indagar que fatores presentes na cultura receptora favoreceram a incorporação deste novo elemento.

Um modelo explicativo pode ser formulado, somando-se a dificuldade materna de assumir o insucesso da amamentação à forte censura social para o desmame imposta pelos higienistas. A incapacidade de amamentar tornaria pública a impossibilidade, para a mulher, de cumprir uma 'função natural' e 'dever sagrado', o que a inferiorizaria perante a sociedade. Por outro lado, uma 'epidemia' de exceções deixaria em crise o paradigma higienista, incapaz de solucionar estes novos problemas com as regras instituídas. Assim, torna-se ao menos razoável supormos que a instituição de um novo ator social, capaz de assumir todas as culpas, seria uma estratégia interessante para contornar o problema, então emergente. Este tipo de alternativa permitiria, mais do que suavizar a responsabilidade materna, manter imaculado o modelo higienista de amamentação.

Após admitir a figura do leite fraco, restou à medicina solucionar o problema da nutriz incapacitada de lactar. Para estes casos, o emprego da ama-de-leite passou a ser justificado e aceito socialmente, uma vez que tentativas de amamentação animal, especialmente com auxílio de cabras, não haviam logrado êxito (Almeida, 1996).

A Amamentação ante as Transformações Sociais na Virada do Século XIX

A proclamação da República em 1889 acentuou o problema do darwinismo social no País, por conformar a nacionalidade e a cidadania segundo o padrão higiênico de família, que menosprezava as diferenças étnico-culturais. O projeto republicano para o 'novo' Brasil elegeu a educação como elemento fundamental para a realização do ideal de 'ordem e progresso'. Neste modelo, a mulher assumiu o perfil de mulher-suporte. Para cumprir as novas incumbências sociais deveria ser prendada, aprender a ler e a escrever, e estar assim à altura de sua missão educativa no lar. Tal projeto voltava-se para a família branca, excluindo os setores populares da sociedade (Neder, 1994).

As mudanças nas atividades econômicas do País, decorrentes do fim da escravidão formal, terminaram por atribuir uma importância econômico-política ao aleitamento, levando o Estado a se pronunciar pela primeira vez em favor da criança pobre. Por considerar a amamentação um poderoso meio de sobrevivência infantil, as autoridades propuseram que sua prática fosse estimulada nos segmentos mais pobres da sociedade, como estratégia de ampliação de mão-de-obra para o capitalismo exportador (Almeida, 1996).

Por outro lado, a pressão social da urbanização e da crescente inserção da mulher pobre no mercado de trabalho tecia um cenário favorável ao desmame. O recurso ao aleitamento misto foi adotado como tentativa para solucionar o problema materno. A figura da nova ama-de-leite, não mais a escrava, e sim a pobre, voltou a ter relevo na sociedade, sem gozar do patrocínio e do estímulo formal da medicina. Moncorvo Filho fundou, em 1901, na cidade do Rio de Janeiro, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, com o objetivo de proceder a rigoroso exame de saúde nas nutrizes mercenárias (Orlandi, 1985).

As transformações econômicas ocorridas no início do século XX fizeram a sociedade brasileira abandonar o modelo agroexportador em favor do urbano-industrial, possibilitando a ascensão da burguesia e a imposição de sua hegemonia (Rago, 1985). A ressocialização do homem-operário, imigrante do campo, fortaleceu a imposição do modelo burguês de família, delineado segundo os paradigmas republicanos do 'novo Brasil'. Em meio a estas transformações, foi-se desenvolvendo a sociedade de consumo, e com ela surgiu a mamadeira, um dos novos símbolos de modernidade e urbanismo (Goldemberg, 1988).

Nessa mesma época, chegaram ao Brasil as primeiras remessas de leite condensado e de farinha láctea importados da Suíça. A mistura desses dois ingredientes, mamadeira e leite industrializado, possibilitou que se constituísse uma alternativa terapêutica para a antiga impossibilidade clínica de amamentar, isto é, o leite fraco. Assim, sob a perspectiva do avanço do conhecimento científico, construiu-se a 'hipogalactia', a nova patologia, que além de transformar-se em uma das principais preocupações da medicina no início do século XX, configurou-se como o mediador que permitiu a institucionalização do desmame precoce como prática sociocultural, sob os auspícios da medicina.

Os responsáveis pela comercialização dos alimentos industrializados para lactentes apresentavam seus produtos como uma alternativa higienicamente segura em comparação com as amas-de-leite, além de recomendá-los como alternativa ideal para a mulher urbana, que tinha necessidade de se integrar ao mercado de trabalho (Goldemberg, 1988).

Em um dado momento, contudo, interessou à sociedade burguesa redirecionar a mulher para o interior do lar, tendo em vista a necessidade de ampliar a inserção de mão-de-obra masculina no mercado de trabalho. A medicina social de então, valendo-se da filosofia higienista, construiu novos atributos para categorizar a maternidade, todos voltados para a capacidade e obrigação materna de nutrir o filho: seu discurso, em resumo, referia-se à nutrição do feto com o próprio sangue materno no curso da gestação, à nutrição do lactente com o leite e à nutrição do filho maior com o afeto materno. Assim ressurge, com vigor, no início do século XX, o discurso ideológico do aleitamento materno, valorizando a amamentação como um instinto natural, inato e biológico.

Os Leites Industrializados no Início do Século XX

A cultura dos leites industrializados no Brasil tem três importantes marcos referenciais no início do século XX (Goldemberg, 1988). O primeiro, registrado em 1912, refere-se à importação das primeiras remessas de leite condensado e farinha láctea da Suíça. O segundo diz respeito à ampliação do parque industrial brasileiro em 1921, e o terceiro, registrado no mesmo ano, delimita o começo da fabricação dos leites Ninho e Lactogeno no País (Fredericq, 1982).

A fabricação em larga escala teve como conseqüência direta a ampliação do conjunto de exceções reconhecidas pelo discurso médico. A corporação médica passou, progressivamente, da condenação do desmame ao estímulo ao aleitamento artificial. Os médicos, em seu discurso, não renunciaram às superioridades do aleitamento materno, mas passaram a estimular de forma subliminar a alimentação com mamadeira, encontrando no preço o único e importante inconveniente (Fortes, 1940).

A indústria lançou mão de campanhas promocionais, com o grande objetivo de influenciar a difusão de informações científicas sobre nutrição do lactente, além de tentar monopolizar e se apropriar do saber médico (Goldemberg, 1988). A propaganda enganosa dos sucedâneos do leite materno em revistas especializadas, a utilização de profissionais da saúde como promotores de venda no ambiente hospitalar, a publicação de informes técnicos *up to date*, direcionados prioritariamente a puericultores, e a promoção de eventos científicos, consistiram, até há bem pouco tempo, em fatores componentes da estratégia de *marketing* das empresas (Goldemberg, 1988). Como resultado, o médico absorveu completamente a idéia de que o leite materno precisava ser complementado, mesmo nas situações em que não se diagnosticava hipogalactia. A prescrição freqüente dos leites industrializados passou a figurar como elemento de profilaxia da desnutrição infantil.

Décadas de 40 a 70:
O paradigma do desmame comerciogênico

O *marketing* dos produtos industrializados terminou por impor uma mudança na percepção médica sobre o aleitamento materno, percepção esta que passou da apologia da amamentação natural ao estímulo do desmame precoce. Tal mudança pode ser comprovada pela análise de conteúdo dos compêndios médicos do período, a exemplo das considerações tecidas por Hugo Fortes em seu livro de puericultura, publicado em 1940:

> A prática diária de muitos anos tem-me convencido que o leite em pó resolveu completamente o problema do leite. Hoje em dia, graças ao mesmo, podemos, com grande facilidade e com resultados brilhantes, alimentar lactentes desde os primeiros dias de vida, sem temor de diarréias ou infecções (...). O leite reduzido a pó apresenta constituição química fixa, não variando a taxa de seus elementos; além disso, sua pureza e ausência de germes provocadores de moléstias, tornam-no um leite ideal para alimentação do lactente. (apud Orlandi, 1985:110)

Em publicação intitulada *A Babá dos Brasileiros: uma multinacional do setor leiteiro*, Fredericq (1982) analisa a estratégia promocional da indústria na difusão de sua ideologia, e conclui: "este tipo de atuação resulta em uma influência direta na formação dos pediatras brasileiros e em um importante controle das informações que podem chegar até eles (...) aproveita-se do poder médico, para melhor chegar aos consumidores" (apud Orlandi, 1985:155).

Mediante um esforço inteligentemente direcionado, entre as décadas de 40 e 70, a indústria construiu elementos culturais de valorização do leite em pó, que foram introjetados na sociedade brasileira por meio de estratégias voltadas

prioritariamente para os formadores de opinião, que detinham o poder de prescrever o regime alimentar do lactente: os pediatras. Os novos produtos foram difundidos como resposta às descobertas sobre as necessidades nutricionais, resultantes do avanço do conhecimento científico em relação às peculiaridades fisiológicas do metabolismo da criança. Logo, se o conhecimento científico avançava, a prática diária do puericultor deveria seguir o mesmo caminho. Assim, a indústria se apropriou da ciência da nutrição e, com recortes específicos, criou retóricas e abordagens semióticas para construção de 'verdades' acerca de seus produtos.

Minayo (1994) atenta para os significados e as intencionalidades camufladas nas ações e construções dos atores sociais: tendo em vista sua perspectiva, é pertinente considerarmos a reciprocidade de interesses que se estabeleceu entre os fabricantes de leite em pó e os médicos. À indústria multinacional interessava a expansão de lucros no fértil mercado brasileiro; os médicos, por seu turno, encontraram nos produtos industrializados uma forma de manter sua autoridade e soberania, uma vez que os leigos, parteiros e curandeiros desconheciam as técnicas de preparo e manipulação do leite em pó (Silva, 1990).

A família nuclear, resultante do processo de urbanização, foi outro fator de favorecimento do desmame. Neste novo modelo, o suporte familiar – base tradicional da solidariedade social – foi substituído por novas redes de relações, estabelecidas por instituições coletivas, o que levou a mulher a perder os antigos atributos que caracterizavam a maternidade (Nakano, 1996).

As instituições coletivas de solidariedade social, por sua vez, também corroboraram para a instituição do desmame precoce. Os registros revelam que, com o aumento dos partos hospitalares, houve uma diminuição na prevalência de aleitamento materno, em decorrência de fatores como a medicalização do parto, a adoção de rotinas inadequadas ao estabelecimento do vínculo mãe-filho, a divulgação dos produtos industrializados por intermédio da prática profissional, a implantação de berçários em maternidades, e a própria desinformação do profissional sobre dietética infantil (Orlandi, 1985). Ao lado disso, o Estado utilizou-se de suas agências de assistência social e dos centros de saúde para implementar programas de distribuição de leite em pó para a população de baixa renda (Goldemberg & Tudisco, 1983).

As mudanças nas representações sobre o papel da mulher na sociedade, a emancipação feminina, as contradições sobre o trabalho e a vida reprodutiva constituíram outro conjunto de fatores que simultaneamente interferiram no condicionamento sociocultural da amamentação (Badinter, 1985). Estes fatores foram apropriados pela indústria de leites modificados, com o intuito de fundamentar, no âmbito sociocultural, o paradigma do desmame comerciogênico, que veio a nortear a alimentação de lactentes no Brasil até o final dos anos 70.

Mudanças nas Percepções sobre Amamentação na Década de 70

Com a publicação de *The Baby Killer*, em 1974, escrito pelo jornalista inglês Mike Muller, iniciou-se uma grande polêmica entre diversos grupos sociais e os fabricantes de leite em pó. Muller demonstrou que o *marketing* praticado pelas multinacionais elevava os índices de morbi-mortalidade infantil nas populações pobres de países da África, Ásia e América Central. A diarréia e a desnutrição foram os dois principais produtos do que passou a ser chamado de *desmame comerciogênico* (Jelliffe & Jelliffe, 1979). Em decorrência deste fato, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) iniciaram uma mobilização em todo o mundo, com a finalidade de retomar a valorização do ato da amamentação natural (Inan, 1987).

No Brasil, o desmame precoce representava um dos sérios agravos de saúde pública no final da década de 70. Em documento oficial, relativo ao período em questão, o Ministério da Saúde revela que: a mortalidade infantil era de 88 por 1.000 no País, e de 124 por 1.000 no Nordeste; a desnutrição crônica vitimava 48% da população brasileira; o desmame no primeiro mês de vida atingia 54% dos lactentes na cidade de São Paulo e 80% em Recife; 50% dos pediatras prescreviam mamadeira e 90% aconselhavam o uso de água no intervalo entre as mamadas; 60% das mulheres brasileiras não faziam exame pré-natal (Inan, 1991).

Diante destas constatações, a reversão do desmame precoce tornou-se uma das principais estratégias para redução dos índices de morbi-mortalidade infantil. O Ministério da Saúde do Brasil, por meio do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), sob os auspícios do Unicef e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), realizou dois importantes eventos sobre o tema, em 1979. No primeiro, em Brasília, reuniu especialistas em saúde materno-infantil com a finalidade de discutir a situação do aleitamento materno no País; e no segundo, em Curitiba, definiu o plano de metas e as estratégias globais de ação em âmbito nacional. Como resultado, foi instituído, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), composto pela representação dos seguintes órgãos e instituições: Inan, Unicef, OPS, Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, Divisão Nacional de Educação em Saúde, Legião Brasileira de Assistência (LBA), Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), Fundação Movimento Brasileiro de Alfabetização (Mobral), Fundação Projeto Rondon, Secretaria de Relações do Trabalho, Sociedade Brasileira de Nutrição, Sociedade Brasileira de Pediatria e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. A ação integrada dessas instituições, com os demais segmentos da sociedade civil organizada, caracterizou a década de 80 como um período de mobilização social em favor da amamentação natural (Monson et al., 1991).

DÉCADA DE 80:
MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM FAVOR DA AMAMENTAÇÃO

O desenvolvimento do PNIAM desencadeou um movimento de valorização da prática da amamentação natural na sociedade brasileira, a partir do início da década de 80. A superioridade do aleitamento materno se transformou em unanimidade no meio científico e foi amplamente divulgada para o público em geral, mediante campanhas nos meios de comunicação de massa. A medicina, sobretudo a pediatria, redescobriu as vantagens da amamentação natural e, sob a perspectiva da ciência, redesenhou o conhecimento com o rigor do método, no intuito de compatibilizar as peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente com as descobertas acerca das propriedades biológicas ímpares do leite humano. Além dos aspectos nutricionais e imunológicos que beneficiam a criança, as vantagens do aleitamento para mãe, família, sociedade e Estado foram trazidas a relevo e transformadas em instrumento de *marketing* em favor da amamentação.

A mobilização social pró-amamentação constituiu um dos fatores de maior destaque no cenário da promoção do aleitamento materno no Brasil. O PNIAM, apesar de consistir em uma opção política do Estado planificador, que tentava intervir na mortalidade infantil sem promover alterações na estrutura socioeconômica e de distribuição de renda (Silva, 1990), foi capaz de articular e congregar esforços dos mais diferentes segmentos da sociedade brasileira. Órgãos de governo, sociedades de classe, organizações não-governamentais, empresas privadas, veículos de comunicação de massa e associações comunitárias compuseram uma verdadeira 'torre de Babel ideológica', conferindo às ações em prol do aleitamento aquilo que elas tiveram de mais rico: o sentido plural. Em meio aos resultados alcançados, destacam-se: a implantação do sistema de alojamento conjunto nas maternidades; o estabelecimento de normas para implantação e funcionamento de bancos de leite humano; a instituição de um código de comercialização dos sucedâneos do leite materno; a licença-maternidade com duração de 120 dias sem prejuízo para o emprego e o salário; o direito das presidiárias permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; a inclusão do tema em currículos escolares; a realização de programas de capacitação de recursos humanos em diferentes níveis de complexidade; a implantação de centros de referência; a criação de grupos de apoio a mulheres que amamentam; e o desenvolvimento de pesquisas e estudos em colaboração ao tema (INAN, 1991).

O relatório de avaliação das ações do PNIAM registra uma redução de 65% no acesso dos lactentes brasileiros aos leites modificados, entre 1980 e 1989. Este mesmo documento considera ainda que as informações avaliatórias disponíveis não foram suficientes para se estabelecer uma relação de conseqüência com as ações do Programa (Monson et al., 1991). Contudo, estabelecendo-se ou não uma relação de causa e efeito, a redução da oferta de leites modificados se

mostrou incontestável. A indústria, que até o final da década de 70 construía verdades e por meio delas buscava demonstrar a 'superioridade' de seus produtos quanto ao leite materno, perdeu o seu tradicional espaço e começou a se defrontar com um crescente estreitamento de mercado. Não havia mais condições para se tentar superar as inigualáveis vantagens da amamentação natural com o endosso da ciência. Assim, as novas necessidades de mercado levaram os fabricantes de leites modificados a buscar um novo nicho a ser explorado pelas suas construções 'cientificistas', que passaram então, desde o final da década de 80, a voltar-se para as situações particularmente ímpares na alimentação de recém-nascidos.

Os Leites Industrializados no Final do Século XX

Em sua nova escalada no terreno da alimentação de lactentes, no início dos anos 90, a indústria de leites modificados construiu socialmente a biologia da excepcionalidade no cenário da amamentação. Esta nova categoria possibilitou que fosse reeditada a antiga fórmula de introjeção de elementos culturais dos leites industrializados na sociedade, ou seja, a oferta de 'vanguarda científica' no campo da alimentação e nutrição de recém-nascidos.

A principal diferença entre os dois modelos, o do desmame comerciogênico (praticado entre as décadas de 40 e 70) e o da excepcionalidade (praticado atualmente), situa-se no sujeito-objeto construído pela 'vanguarda científica'. O paradigma do desmame comerciogênico contemplava todos os recém-nascidos como potenciais consumidores, enquanto o modelo da excepcionalidade se orienta, em princípio, para aqueles que vivenciam situações particulares, como a prematuridade, nas quais o leite humano não seria a melhor alternativa alimentar. A indústria passou a criar espaços que possibilitassem a construção de verdades supostamente fundamentadas pela ciência, todas amplamente favoráveis a seus produtos e, sugestivamente, contrárias à utilização do leite humano (Palmer, 1993). Estas novas verdades valeram-se de recortes específicos do conhecimento científico para se constituírem, e possibilitaram abordagens parciais por parte das estratégias de *marketing* (Idec, 1997).

A primeira investida da indústria se deu em favor da nutrição do recém-nascido prematuro, com o desenvolvimento de fórmulas especiais que, segundo a propaganda, propiciavam um melhor *status* nutricional e, conseqüentemente, uma melhor evolução clínica, com redução do tempo de internação. De fato, as fórmulas especiais possibilitam um ganho de peso mais rápido para o bebê internado; há que se estabelecer, porém, uma distância entre o aumento de peso e o estado nutricional do recém-nascido (Moreira, 1997).

Ao se problematizar a escolha do recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro como elemento preferencial da nova estratégia de *marketing* da indústria, pelo menos duas questões são facilmente identificáveis: a retração do

mercado dos leites modificados no final da década de 80 no Brasil, e a necessidade da indústria retomar a hegemonia no campo da alimentação e nutrição de lactentes, como ocorreu entre as décadas de 40 e 70.

A retração do mercado brasileiro para os leites modificados, no final da década de 80, foi evidente (Monson et al., 1991) e levou a indústria a buscar novos espaços e canais de comercialização. Conforme relatos do Ministério da Saúde, os recém-nascidos que demandavam cuidados neonatais especiais representavam de 11 a 14% dos nascimentos nesse período (Inan, 1991). Há que se considerar que, diante desses índices, a possibilidade de se transformar uma situação de excepcionalidade para amamentação em uma regra para o uso de leites industrializados representava uma excelente opção mercadológica. Esta opção se tornava ainda mais interessante para a indústria em virtude do fato de mais de 90% dessa demanda serem processados pela rede pública de hospitais, onde os recém-nascidos permaneciam internados por períodos prolongados e os custos com a alimentação não eram repassados ao usuário.

Em paralelo, a ciência fechou a porta para os antigos argumentos da indústria, de modo que não havia mais como embasar qualquer vantagem do emprego de fórmulas sobre o uso de leite humano. A superioridade da amamentação natural tornou-se unanimidade científica no final da década de 80. O *marketing* perdeu então o elo da vanguarda científica, que permitira anteriormente uma relação de reciprocidade de interesses entre indústria e medicina. Ao perder a hegemonia no campo da alimentação do lactente, a indústria buscou na prematuridade o novo *locus* para centrar a fase inicial de sua nova estratégia. Longe de se tratar de uma escolha meramente casual, a nutrição do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso representava – além dos aspectos aqui já considerados – um terreno fértil para especulações cientificistas, necessárias à lógica da vanguarda científica promovida pela indústria de leites modificados, tendo em vista as inúmeras indagações que persistiam e ainda persistem sobre as peculiaridades fisiológicas do metabolismo desses lactentes. Ao discutir o tema, Javorsky (1997:65) considera que "a alimentação do recém-nascido pré-termo tem afrontado os pesquisadores por suas especificidades anátomo-fisiológicas e necessidades protéico-calóricas elevadas, para atender ao processo acelerado de crescimento".

Seguindo a lógica de construção da biologia da excepcionalidade no cenário da amamentação, as intolerâncias e alergias alimentares configuraram o novo filão de mercado nos anos 90. A hipoalergenicidade tornou-se um outro elemento da estratégia de *marketing* da indústria, e alguns produtos começaram a ser promovidos como forma de "prevenir a alergia a leite em filhos de pais alérgicos" (Idec, 1997). Em pesquisa realizada com dezesseis fórmulas destinadas a lactentes, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) alerta que, embora não tenha encontrado nenhuma ameaça grave à saúde dos consumidores no que diz respeito à qualidade dos produtos ana-

lisados, foram descobertas falhas nas práticas promocionais, com indicações indevidas de uso, violando a norma brasileira de comercialização dos alimentos sucedâneos do leite materno.

A violação da norma brasileira de comercialização remete a discussão à esfera legal, na qual inúmeros artifícios são instituídos sob a perspectiva das leis, no intuito de atendê-las ao mesmo tempo em que se continua praticando uma propaganda calcada em recortes do saber científico, com base nos quais são estabelecidas figuras de retórica e estratégias textuais a serviço do *marketing* da indústria. Em verdade, essas construções cientificistas consistem, antes, em um problema ético, e como tal deveriam ser tratadas pelos atores e grupos sociais que têm, de forma direta ou indireta, a alimentação e nutrição de recém-nascidos como objeto de trabalho. Inúmeras são as oportunidades de se constatarem situações cuja ética – da apropriação do saber científico pela propaganda – se faz, no mínimo, questionável, a exemplo do que revela o IDEC:

> Os fabricantes muitas vezes, vendem fórmulas aos pediatras como verdadeiras panacéias, e não simples substitutos alimentares. A Wyeth-Whitehall, fabricante do Nursoy, por exemplo, distribui um folheto promocional a médicos em que destaca: 'Rinites, otites de repetição, diarréias, cólicas, eczemas, urticárias, vômitos, choro excessivo, regurgitação e bronquites', induzindo que todos esses sintomas seriam indicações apropriadas para o uso deste produto. No Prosobee, da Mead-Johnson, a indicação para alergia à proteína do leite de vaca é formulada de tal forma que sugere o uso do produto para sintomas que podem ser devidos a uma variedade de outros problemas: 'Manifestações de alergia à proteína do leite (regurgitação, cólica, diarréia, eczemas, erupções cutâneas, asma)' (...). Vários produtos de soja promovem aos médicos seu uso, para bebês com diarréias agudas ou leves, o que é injustificável. A maioria dos bebês têm vários episódios de diarréia passageira durante o primeiro ano de vida. Nesta situação recomenda-se o uso de sais de reidratação oral e a continuação da amamentação, ou da fórmula habitual no caso de crianças desmamadas. O uso de leites industrializados, na maioria dos casos, serve mais como causa do que como tratamento da diarréia. (IDEC, 1997:11)

No início dos anos 90, a indústria apresentava as fórmulas infantis como uma resposta às situações ditas de excepcionalidade. Entretanto, o discurso da social-biologia, que confere validação científica aos produtos industrializados, ampliou o seu raio de atuação para a esfera dos lactentes que nascem em condições normais. Assim, na segunda metade dos anos 90, tornou-se óbvia a estratégia da indústria – a reedição do paradigma do desmame comerciogênico –, utilizando a excepcionalidade apenas como um rótulo para abrigar as novas construções cientificistas da 'vanguarda científica'. Tal constatação provém da análise das propagandas de leites industrializados, distribuídas pela indústria durante a realização do XXX Congresso Brasileiro de Pediatria, realizado em outubro de 1997, no Rio de Janeiro.

Uma das propagandas analisadas, referente ao lançamento de um novo produto no mercado brasileiro, merece consideração especial pela riqueza da retórica e propriedade da abordagem parcial do conhecimento científico. Os pontos que mereceram destaque estão listados a seguir.

As informações apresentadas no folheto promocional são consubstanciadas em informações científicas, todas devidamente referidas às fontes, cuja relação segue no corpo do próprio documento. Trata-se, com efeito, de uma monografia sobre a temática em que o produto se insere, apresentada com o devido rigor científico e qualidade gráfica exemplar. No início do texto, encontra-se a seguinte afirmação: "A diarréia aguda é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil em países em desenvolvimento (...)". Esta constatação, apesar de se referir a um artigo publicado em 1994, vem sendo corroborada por inúmeros estudos, realizados em diferentes regiões do globo e em vários momentos históricos, desde 1974, quando foi apresentada ao mundo a primeira versão de *The Baby Killer*. Todavia, a propaganda omite o fato de que o principal agente causal para elevação dos índices de morbidade e mortalidade infantil, apontado com unanimidade nestes estudos, é exatamente o uso de fórmulas láticas (Muller, 1981; Jelliff & Jelliff, 1979; Inan, 1987; 1991; OMS, 1989; Monson, 1992). No texto, procura-se apresentar a redução do pH do trato intestinal como um importante mecanismo de proteção para o lactente. "Este pH torna-se desfavorável ao crescimento de vários patógenos entéricos, incluindo espécies de *E.coli* e *Shigella*". Estas informações estão baseadas, segundo referência do próprio texto, no artigo *Human Milk and Breast Feeding*. De fato, trata-se de um tema há muito conhecido e amplamente difundido no Brasil, nas estratégias de promoção da amamentação, por ser esta uma das principais vantagens biológicas para crianças que recebem leite humano. Importa frisar que a referência citada na propaganda faz menção a leite humano e aleitamento materno, e não a fórmulas industrializadas. A propaganda traz em destaque a informação de que "o produto foi elaborado em resposta à conclusão de estudos científicos", sendo "destinado à alimentação de lactentes sadios desde o nascimento". Na lista de referências bibliográficas, verifica-se que 72% das obras citadas foram publicadas em períodos anteriores a 1985, e apenas sete delas datam da década de 90. Portanto, apenas acompanhando a cronologia das referências apresentadas, é possível notar que as conclusões dos estudos científicos remontam à primeira metade da década de 80. Assim, a oportunidade para o lançamento do produto parece atender a questões outras, talvez de natureza mercadológica, pois em termos de resposta à conclusão de estudos científicos há, pelo menos, mais de uma década de atraso. Por fim, as indicações de uso: "lactentes sadios desde o nascimento (...) diminui o risco para diarréia infecciosa no lactente" (...).

Esta análise permite localizar o nascimento do saber sobre alimentação e nutrição do lactente no discurso da indústria, que em verdade constrói socialmente a biologia de seus produtos valendo-se de apropriações parciais do co-

nhecimento científico. Em seguida, obedecendo às leis de difusão dos elementos culturais, as verdades assim construídas são apresentadas como descobertas científicas 'de vanguarda', no intuito de facilitar e agilizar o processo de aceitação cultural. Os serviços de informação científica das indústrias mobilizam a propagação do novo saber, pois se a velocidade de propagação for lenta, outros saberes poderão ser formados e difundidos, estabelecendo uma geração de subculturas que podem ser contrárias ao propósito inicial. Como em todos os momentos da história, a codificação de novos saberes legitimados pela ciência começa nas camadas dominantes, difundindo-se para as demais camadas sociais. Assim, a lógica da indústria não poderia ser outra, senão orientar sua estrutura de *marketing* prioritariamente para os formadores de opinião na sociedade – pediatras e nutricionistas.

DÉCADA DE 90:
REPENSANDO O PARADIGMA

O paradigma norteador das ações pró-amamentação, construído na década de 80, fundou-se no modelo higienista do século XIX, substituindo o problema original da disputa "seio materno x ama-de-leite", por "seio materno x mamadeira de leite em pó" (Orlandi, 1985). O reducionismo biológico e o discurso ideológico em favor da amamentação foram mantidos, e a mulher voltou a figurar como a grande responsável pela saúde da criança. Com essa estratégia, o estado planificador mais uma vez cumpriu o seu papel na busca da diminuição da morbi-mortalidade infantil, reduzindo questões estruturais complexas a problemas individuais a serem resolvidos pelas mães, problemas estes que, neste aspecto em particular, resumiam-se à obrigatoriedade de amamentar (Mota, 1990).

A propaganda oficial veiculava mensagens que traduziam muito bem a ideologia subjacente ao modelo: "Seis meses que valem uma vida"; "A saúde de seu filho depende de você – amamente"; "Amamentação – mãe e filho têm esse direito"; "Amamentação, um ato de amor"; "Amamentação – amor, carinho e proteção" (apud Monson, 1992). Com esses *slogans*, o Ministério da Saúde, por intermédio do PNIAM, desencadeou uma série de ações no País, todas proclamando a amamentação como um ato natural e instintivo, motivado, acima de tudo, pelo amor materno. Vale citar o documento de avaliação das ações nacionais para implementação do código de comercialização de substitutos do leite materno:

> O INAN, como órgão coordenador do PNIAM, reconhece que este é o mais importante programa de combate à desnutrição na primeira infância, e aquele que traz resultados mais benéficos para o desenvolvimento físico e mental da criança. É, igualmente, um dos mais importantes instrumentos com que conta o governo no seu renovado esforço de redução da mortalidade infantil. (...) Estamos esperançosos de que, até a próxima virada do século, o aleitamento terá voltado a ser uma prática natural, corriqueira e de adoção universal

> pelas mães brasileiras. A difusão da orientação correta, tal como vem promovendo o PNIAM, certamente fará com que a classe médica e os profissionais da saúde, em geral, tenham um papel relevante nessa mudança de mentalidade e comportamento. (Monson et al., 1991:8)

Como resultado da política estatal, registrou-se um crescimento substancial da amamentação natural nos anos 80. Monson et al. (1991) revelaram que o acesso de lactentes brasileiros ao seio materno subiu de 7% para 30% na primeira metade da década. No entanto, apesar de todo o esforço que continuou a ser despendido, observou-se uma tendência de estabilização neste índice, que foi ampliado em apenas três pontos percentuais no decurso dos cinco anos subseqüentes, atingindo a marca de 33% em 1989. O baixo grau de resolutividade evidenciava a ineficácia das ações, denunciando, por conseguinte, o esgotamento do modelo. Assim, o início dos anos 90 foi marcado por uma crescente e visível crise do paradigma de amamentação que embasava a política estatal. A concepção privilegiava, de forma equivocada, as questões individuais em detrimento das coletivas, remetendo o eixo central das formulações para os planos biológico e psicoafetivos. As questões coletivas, relacionadas a aspectos sociais, políticos e culturais, mereceram abordagens periféricas, e avanços obtidos neste campo, apesar de legítimos, decorreram de atos isolados.

A implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil, a partir de 1992, trouxe um novo fôlego para o aleitamento materno no circuito das políticas públicas (Souza, 1996). Apesar das restrições ao modelo – entre as quais a inobservância à hierarquização da rede de saúde no País –, há que se ressaltar o fato de esta iniciativa ter incorporado o significado de proteção e apoio à amamentação, superando as formulações que anteriormente só contemplavam aspectos relativos à promoção. A incorporação destes dois novos atributos ao modelo demarcou o começo de um importante processo de mudança, havendo ainda, todavia, um longo caminho a percorrer.

Ao se focalizar a amamentação com as lentes da relação promoção-proteção-apoio, tornam-se visíveis os contornos que a caracterizam como um fato social, cuja historicidade revela o equívoco das formulações políticas que a contemplam como uma prática natural e passível de resgate. Os valores da amamentação são definidos com base em elementos culturais construídos socialmente, configurando-a como um híbrido natureza-cultura, no qual os condicionantes socioculturais tendem a se sobrepor aos determinantes biológicos (Almeida & Gomes, 1998).

Esta forma mais abrangente de pensar o aleitamento exige que se estabeleça um novo foco sobre a mulher, que não pode continuar a ser tratada como sinônimo de mãe-nutriz, responsável pelo êxito da amamentação e culpada pelo desmame. Nakano (1996), ao estudar o aleitamento materno no cotidiano feminino, deparou-se com o fato de a amamentação provocar surpresa às mulheres que, atingidas pelo reducionismo biológico, esperavam um processo fácil, natural e instintivo, livre de intercursos.

Ao contrário, a vivência das mulheres revela ser a amamentação um processo complicado e que demanda aprendizado. Ademais, é preciso considerar que o ciclo gravídico-puerperal consiste em um momento ímpar na vida da mulher, repleto de ansiedades, temores e constantemente tomado por sentimentos ambíguos (Almeida & Couto, 1996).

A mulher gestante, puérpera ou nutriz, independentemente de experiências anteriores, vive um momento singular em sua vida, decorrente do novo papel biológico-social, e como tal precisa ser entendida, sobretudo por aqueles que se aventuram a assisti-la nos serviços de saúde.

Uma mãe não-biológica, ao ser indagada sobre as razões do sucesso que obteve no processo de amamentação de sua filha adotiva, revelou:

> A receita do sucesso eu não sei, contudo, eu acredito que, para que uma mãe consiga amamentar, independente de ser ela adotiva ou não, ela precisa ser antes de mais nada acolhida pelo profissional da saúde (...). Acho que, para amamentar, ela precisa, em verdade, ser amamentada, ela precisa ser acolhida, ela precisa de peitos ... de peitos à beça. (Cardoso, 1992).

Cabe questionar quantos dos profissionais da saúde, dos serviços de saúde, das estruturas sociais de apoio e das instâncias de deliberação políticas estão de fato preparados para ecoar os anseios deste depoimento.

Na intenção de lançar luz sobre esta questão, Almeida & Couto (1996) realizaram um estudo com o objetivo de determinar e analisar compreensivamente o autodesempenho da mãe-profissional da saúde, que trabalhava com atividades de incentivo ao aleitamento materno antes de se tornar mãe, no curso da amamentação de seu próprio filho. Os resultados revelaram:

- o período de aleitamento materno exclusivo no grupo estudado foi de 98 dias, ficando abaixo dos 180 dias preconizados por estas mulheres, no exercício de sua prática profissional, quando apóiam outras mulheres no processo da amamentação. Observe-se que todas as mulheres são profissionais formalmente engajadas no mercado de trabalho e, portanto, tiveram direito à licença-maternidade de 120 dias. Esta constatação revela que a introdução precoce de outros alimentos não estava associada à necessidade da mãe de retornar ao trabalho. Certamente, outros fatores concorreram para determinar o ritmo da amamentação no grupo estudado;
- a opção pelo parto cesáreo foi de 66,7% entre as profissionais de nível médio, e de 85,7% para as de nível superior. Não foram detectadas indicações clínicas para parto cirúrgico em 60% dos casos estudados;
- a utilização de leites industrializados na alimentação do bebê antes do sexto mês de vida foi uma prática comum entre 71,4% das integrantes do grupo.

O patente descompasso entre o discurso e a prática, entre o fato e a teoria, leva-nos ao tradicional postulado: 'faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço'. Por que mulheres profissionais, capacitadas para assistir outras mulheres na amamentação, não foram capazes de efetivar o processo consigo mesmas? O estudo citado deu voz às entrevistadas:

> acho que eu não me sentia segura de impedir que outras pessoas decidissem por mim... eu me senti muito frágil. Eu esperava o apoio de pessoas que não me deram... pessoas do trabalho. Pessoas ligadas que até então trabalhavam comigo no incentivo ao aleitamento materno, eu esperava que essas pessoas me dessem o apoio, talvez o apoio que a minha família não deu (...). (Entrevista 1)

> Todo o discurso de apoio à amamentação (...) pode até promover, mas apoiar, não apóia não. Eu senti essa falta, de uma pessoa ligar. Não [para dizer que] (...) o leite é isso, apojadura é aquilo, isso eu sei! Entendeu? Talvez, a importância para a mãe não é saber que o leite vem do alvéolo, talvez isso não seja o mais importante. Eles podem promover, mas apoiar, eu não fui apoiada! (Entrevista 2)

Diante destas indicações, resta-nos apreender o significado do apoio reclamado pela mulher no curso da amamentação. Parece razoável supor que a necessidade do apoio provenha da dicotomia entre a teoria que fundamenta o modelo da amamentação e o próprio ato de amamentar, como prática. Precisamos ultrapassar a biologia da amamentação, desenhada socialmente pelos higienistas no século XIX, em direção à social-biologia da virada do milênio, entendendo como sociais todas as questões relacionais e culturais que permeiam este ato. Talvez o pedido de 'apoio' ecoe como o 'leite fraco', como uma resposta socialmente aceita para a incapacidade de verbalizar o insucesso na realização de uma prática "tão instintiva e que se traduz como sinônimo de amor ao filho".

Em verdade, a mulher precisa ser assistida e amparada para que possa desempenhar a bom termo o seu novo papel social, o de mulher-mãe-nutriz. Para tanto, se fazem exigir estruturas assistenciais preparadas para atuar efetivamente no apoio à mulher e a seu filho, nas questões da amamentação. Este apoio será tão mais efetivo quanto maior for a capacidade do serviço para lidar com a ambigüidade que se apresenta à mulher, na relação que se estabelece entre poder e querer amamentar, como uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios (Silva, 1997).

Por fim, sem pretensão de esgotar, mas sim de ampliar a exploração do objeto em foco, importa considerar que o grande desafio para a construção de um novo paradigma consiste, exatamente, na capacidade de compatibilizar os determinantes biológicos com os condicionantes socioculturais, os quais configuram a amamentação como uma categoria híbrida entre natureza e cultura.

3 A Rede Sociobiológica Desenhada pelo Leite Humano

Mais do que apontar as inter-relações que se estabelecem entre os aspectos biológicos e os sociais na esfera da amamentação, focalizando-as através do leite humano, este livro tem o pretensioso intuito de ir além, buscando as dinâmicas destas inter-relações e as razões de sua oportunidade. Ou seja, pretende ousar, propor alguns possíveis modelos explicativos para as tramas que se entremeiam no interior da rede que interliga os atores e fatos sociais à biologia ortomolecular da célula alveolar materna. Desta forma, não se pretende tratar o leite como um produto biológico que tem um importante papel social a cumprir, qual seja, salvar vidas de crianças ameaçadas pela desnutrição protéico-energética em países de Terceiro Mundo, ou de reduzir os agravos de saúde nas comunidades ricas, em decorrência da superalimentação na primeira infância.

Assim, a primeira idéia surgida foi a de rotulá-lo como um ensaio de biologia social, mas isto certamente remeteria o significado do texto à antiga escola do biologismo social, que trabalha com a concepção de que a sociedade se estrutura como um organismo vivo regido pelas leis naturais reguladoras da vida (Castro, 1968). Tratar-se-ia, portanto, de um reducionismo ao mesmo tempo biológico e social, impróprio e incompatível com a lógica central adotada para abordagem da temática, que pressupõe olharmos para o leite humano como mais um *híbrido* que se forma entre os domínios da natureza e da cultura.

A primeira grande dificuldade para iniciar este capítulo foi encontrar um título que efetivamente retratasse a essência do conteúdo a ser trabalhado. Fruto da própria dificuldade de compreender os híbridos, foi originalmente planejado para desenvolver-se com base em dois movimentos, que terminariam por intitulá-lo: *desconstrução do biológico* e *construção do social*. Esta seria, porém, uma lógica própria do exercício da crítica, mediante a qual se buscaria 'purificar' os fatos e fenômenos que compõem o objeto de estudo para melhor compreendê-los. Deste modo, o leite humano seria visto por prismas distintos, capazes de pôr em foco tudo aquilo que pertencesse ao domínio da ciência, da técnica e da sociedade, de forma hermética e compartimentalizada. No entanto, o que aqui se pretende é exatamente o inverso. A questão é reatar os laços que se

estabelecem entre a instância biológica e a instância social, atravessando, tantas vezes quantas forem necessárias, a fronteira que separa os conhecimentos exatos e as situações sociais, ou seja, a biologia e a sociedade.

O leite humano é de fato um 'produto' que pertence tanto à natureza quanto à cultura. Até então, foi apresentado e discutido de forma simples: a gestão de sua biologia tem sido da competência dos homens da ciência, que desvendam as suas propriedades ímpares e as decodificam em termos de importância social. A partir deste ponto, o novo conhecimento, transformado em informação, deixa a esfera biológica e passa ao domínio dos políticos e formadores de opinião em geral, que assumem a gerência do processo no âmbito da sociedade. Esta divisão tradicional de tarefas tem-se tornado cada dia mais incapaz de dar conta das dinâmicas que se estabelecem em torno do leite humano.

Como compreender a 'síndrome do leite fraco'? De um lado, a ciência demonstra, munida de aparatos científicos de última geração – como as técnicas de química fina e biologia molecular –, que não existe leite fraco e que toda mulher é apta a produzir leite em quantidade e qualidade suficientes para sustentar o crescimento e desenvolvimento de seu filho. De outro, uma parcela significativa de mulheres continua a afirmar que tem pouco leite, que seu leite é fraco ou que seu leite secou. Os homens da ciência afirmam, centrados em seu referencial, que este não é um problema situado em sua área de competência, remetendo a busca da solução para outras áreas do saber, uma vez que biologicamente nada há de errado. Por sua vez, os profissionais da saúde que trabalham com amamentação insistem em que este processo é *biopsicossocial* e passam a lidar com o problema, entendendo que as possíveis causas são de origem emocional. E daí em diante, que fazer? Estará de fato o profissional da saúde apto a lidar com esta dimensão que ele mesmo rotulou de biopsicossocial? Parece que não. No Brasil, desde o século XIX, o leite fraco é a principal alegação materna para o desmame (Almeida & Gomes, 1998).

Na vida cotidiana, assim como acontece com o 'leite fraco', os homens não param de desdobrar a lactação em outros objetos também híbridos, como as mamadeiras, os bicos, as chupetas, os diferentes tipos de leites industrializados para serem utilizados como substitutos e, mais recentemente, a produção de fortificantes para o leite humano com o fito de resolver o problema do ganho de peso entre recém-nascidos prematuros. Contudo, recusam-se a pensar nestes objetos híbridos como tal e continuam insistindo em seu sistema de representação do mundo, que estabelece uma separação radical entre a natureza e a cultura.

O objetivo deste capítulo é trabalhar a representação do leite humano com a perspectiva usual da antropologia, "que há muito tempo trata sem crises e sem crítica o tecido inteiriço das naturezas-culturas, ou seja, é perfeitamente capaz de juntar em uma mesma monografia os mitos, etnociências, genealogias, formas políticas, técnicas, religiões, epopéias e ritos dos povos que estuda" (Latour, 1994:12). Para tanto, buscar-se-á conectar a composição do leite humano, em

uma cadeia contínua, aos avanços da ciência, às estratégias das indústrias que fabricam leites modificados, às preocupações dos formuladores da política estatal, às angústias maternas e às intervenções dos profissionais da saúde. O desafio que esta tarefa apresenta reside na capacidade de acompanharmos os delineamentos da rede em que se configuram as tramas da ciência, política, técnica, economia e cultura, na busca de um novo modelo explicativo, capaz de transcender os limites biológicos, que circunscrevem a discussão ao fato de que cada espécie de mamífero produz o leite ideal para sua cria.

Com efeito, a busca de um novo modelo explicativo para as questões que permeiam o leite humano implica ligar, ao mesmo tempo, a sua dimensão biológica ao contexto social, sem contudo reduzi-lo, nem a uma coisa nem a outra. O que interessa, em última análise, é a possibilidade de se traçar a *rede sociobiológica* desenhada pelo leite humano, no intuito de ampliarmos a compreensão dos significados das tramas que nela se estabelecem.

Qualidade:

A base de um novo olhar

A possibilidade de se estudar o leite humano com esta nova perspectiva – de desvendamento da *rede sociobiológica* – levou à escolha da *qualidade* como categoria de análise, visto ser ela uma grandeza que pode ser construída com base em atributos e características amplas, compatíveis com a lógica da abordagem proposta.

Segundo a etimologia, a qualidade pode ser entendida como uma "propriedade, atributo, ou condição das coisas ou das pessoas, capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza" (Cunha, 1982:650).

Pela lógica da gestão de qualidade e da perspectiva dos programas de qualidade total, tão amplamente difundidos nas últimas duas décadas, a qualidade pode ser concebida como uma grandeza que resulta da avaliação conjunta de uma série de parâmetros que são analisados separadamente. Esses parâmetros, por sua vez, são tecnicamente definidos como atributos de qualidade (Almeida & Novak, 1995).

A título de ilustração, para delimitar com mais clareza o significado de qualidade com o qual se pretende operar, vale evocar um exemplo do cotidiano: a compra de um simples par de sapatos. Este fato envolve, mesmo que intuitivamente, um ritual que tem como objetivo a definição da qualidade do produto em questão. Em um primeiro momento, parâmetros como modelo, preço, cor, natureza do material utilizado na confecção, tipo de acabamento, durabilidade etc. configuram os atributos de qualidade que são analisados isoladamente e de forma independente. Em seguida, os produtos destas análises individuais são postos lado a lado e passam a ser considerados como um todo. A qualidade surge, então, como a resultante da avaliação conjunta dos resultados obtidos nas análises individuais dos atributos eleitos para categorizá-la.

Neste ponto surge a primeira grande dúvida: como pensar os atributos de qualidade do leite humano? Ou seja, retornando ao exemplo do cotidiano, como saber se não está sendo deixado de lado algum atributo importante na definição da qualidade do sapato? De uma forma caricata, isto poderia representar algo como levar para casa um sapato de tamanho inferior à real necessidade do comprador.

A dinâmica da constituição dos atributos de qualidade do leite humano tem sido pautada pela capacidade de elucidação dos fenômenos que interligam sua composição ao universo da biologia do lactente. Por esta lógica, que procura encontrar um reflexo explicativo para os fenômenos biológicos singulares, as peculiaridades fisiológicas do metabolismo do lactente acham-se espelhadas no leite. Um vez obtidas as respostas, estas passam a ser reunidas em grupos de acordo com as características comuns que apresentam. Por sua vez, estes grupos passam a constituir o conjunto de propriedades do leite, conhecidas como propriedades químicas, nutricionais, imunológicas, microbiológicas, físicas e 'fisiológicas'.[1]

Este tipo de abordagem apresenta uma conotação típica, que pode observada, a título de exemplo, em um dos documentos técnicos da OMS sobre alimentação infantil:

> O leite humano é muito mais do que uma simples coleção de nutrientes, é uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunomoduladora. Não apenas proporciona proteção exclusiva contra infecções e alergias, como estimula o desenvolvimento adequado do sistema imunológico do bebê, além disso, contém muitos componentes antiinflamatórios cujas funções não são completamente conhecidas. (Akré, 1989:30)

Nesta constante busca – na qual se tenta explicar a razão da oportunidade de existência de cada um dos constituintes do leite humano ante as necessidades do lactente – é que se configuram os atributos de qualidade vigentes. Deste modo:

- elevado teor de IgA-secretora representa uma resposta à imaturidade do sistema imunológico do recém-nascido;
- a relação metionina-cistina presente no leite significa uma adequação à incapacidade inicial do bebê para realizar a transulfuração destes aminoácidos;
- baixo poder tamponante, um ajuste à necessidade gástrica; a existência da lipase lática, uma compensação para seu déficit nos primeiros dias de vida; as quinonas e a vitamina E são necessárias para proteger a mucosa de danos oxidativos;
- a presença de fatores de crescimento no leite estimulam os sistemas vitais do bebê;

[1] O grupo de propriedades fisiológicas foi criado pelo autor para atender às propriedades que não se enquadram nos demais grupos e que se relacionam à maturação celular, modulação de crescimento e desenvolvimento de quociente de inteligência (Almeida, 1992b).

- os ácidos graxos poliinsaturados de cadeia longa favorecem o desenvolvimento do sistema nervoso central; a presença de oligossacarídeos nitrogenados possibilita a instalação da flora bífida, que exercerá um importante papel protetor no trato intestinal;
- os ácidos graxos de cadeia longa favorecem o processo de mielinização; a composição balanceada e a osmolaridade não permitem a ocorrência de sobrecarga para os rins imaturos (Almeida & Novak, 1995).

Estes são apenas alguns dos muitos exemplos disponíveis na literatura científica há mais de duas décadas, os quais, por sinal, têm mobilizado a indústria de leites modificados para desenvolver projetos que objetivam aproximar a biologia de seus produtos aos atributos de qualidade do leite humano.

Tais construções foram, e continuam sendo, de extrema importância por possibilitar – dada a elucidação desses fenômenos – a definição de estratégias e propostas de intervenção em favor da melhoria da qualidade de vida da mulher e da criança, bem como por possibilitar um aumento da resolutividade das ações de natureza assistencial.

No entanto, há que se considerar que o leite humano não é apenas uma fonte de nutrientes especificamente adaptados à capacidade metabólica do bebê. Ele é capaz de exercer um certo grau de controle sobre o metabolismo, que se estende desde a sutileza das divisões celulares até o comportamento do bebê, assim como o desenvolvimento e manutenção da função mamária (Akré, 1989). A mama, por seu turno, por meio dos complexos mecanismos que regem a fisiologia da lactação, imprime no leite marcas biológicas constituídas com base em matrizes sociais maternas, como que em um processo de transferência de uma memória sociobiológica.

As dinâmicas estabelecidas por intermédio dos mecanismos imunológicos mediados pelas células de Peyer oferecem-nos uma excelente oportunidade para ilustrar a necessidade de se compreenderem as tramas configuradas no leite humano pelo ângulo das razões de sua oportunidade, e não apenas dos significados sociais de um evento biológico complexo.

As células de Peyer são os principais atores de um evento biológico conhecido como 'ciclo entero-mamário', pelo qual a mãe transfere para o filho, via leite humano, a sua memória imunológica oriunda de contatos com agentes enteropatogênicos. A mulher, ao longo de sua vida, entra em contato com microrganismos pertencentes aos diferentes ecossistemas que integram o meio em que vive ou viveu; cada um com um padrão de identidade concernente à ecologia microbiana, o qual é regido por fatores presentes no próprio meio ambiente, terminando por refletir características sociais. Assim, as mulheres constroem uma memória biológica para responder a uma condição social dada, criando respostas imunológicas para diferentes oportunidades vivenciadas. Esta competência para coabitar com atores sociais nocivos à saú-

de se transfere, então, de mãe para filho por meio do leite humano, em um processo que pode ser entendido como uma transferência de identidade molecular, construída socialmente, decodificada imunologicamente e transmitida fisiologicamente às gerações futuras.

Em suma, não há como separar a memória imunológica das células de Peyer do meio ambiente em que vive ou viveu a mulher, da fisiologia da glândula mamária, do sistema de defesa imunitária do recém-nascido, da composição do leite humano e das interações do lactente com tudo aquilo que pertence ao universo em que se insere o seu grupo social. Todos se interligam como partícipes de uma mesma trama, no interior da rede urdida pelo leite humano, ou melhor, por sua qualidade.

Deste modo, os clássicos parâmetros nutricionais, químicos, físicos, imunológicos, microbiológicos e fisiológicos não podem ficar circunscritos ao microcosmo dos fenômenos – embora importantes – que se estabelecem entre a composição do leite e a fisiologia do bebê. Eles devem transcender a fronteira biológica em direção ao social, não para estabelecer um elo entre essas duas dimensões, em uma relação de causa e efeito, mas sim para tratar dos fenômenos biológicos e fatos sociais que se 'hibridizam' naturalmente, em torno das questões que permeiam o leite humano e que terminam por configurar os seus atributos de qualidade. Desta feita, esses atributos vêm assumir um significado mais amplo e complexo, remetendo a definição da qualidade do leite humano à perspectiva da ecologia do desenvolvimento humano.

Mais flexível do que a noção de sistema, mais histórica do que a noção de estrutura, mais empírica do que a noção de complexidade, a qualidade do leite humano é o fio contínuo que reúne, em uma rede única, todas essas histórias confusas, conferindo-lhes um nexo comum.

A Perspectiva de um Novo Desenho Biológico

A composição do leite humano há muito se transformou em objeto de preocupação científica. Em 1971, Paul György, um dos mais eméritos estudiosos do assunto, iniciou um de seus textos afirmando que "as especificidades da bioquímica do leite humano são conhecidas há muitas décadas mas, que, nos últimos anos, a ciência tem possibilitado avanços espetaculares e de particular interesse para a pediatria" (1971:4).

Segundo os conhecimentos científicos atuais, o leite humano reúne em sua composição mais de 150 substâncias diferentes, todas com funções biológicas definidas. A água, que totaliza 87% da composição centesimal, é o nutriente presente em maior quantidade; as proteínas suspensas têm o papel de sustentar o crescimento estrutural celular do lactente; as proteínas do soro protegem o recém-nascido de inúmeros agentes infecciosos; os carboidratos funcionam como fonte

energética e atuam como coadjuvantes na mediação de outros fenômenos biológicos de maior monta; os lipídeos e os lipossolúveis desempenham funções múltiplas; os elementos minerais são indispensáveis à nutrição do lactente; e há ainda os hormônios, enzimas, fatores específicos do leite humano, enfim, todo um elenco de compostos químicos a serviço das necessidades do lactente (Almeida, 1992c).

A desconstrução da composição do leite, em favor da compreensão do significado social de seus constituintes, tem sido fundamental para possibilitar o entendimento dos fenômenos biológicos, com base na matriz biológica que relaciona a composição às necessidades do lactente. Contudo, esta mesma matriz, utilizada comumente há décadas, não é capaz de elucidar as dinâmicas pelas quais se processam as tramas que perpassam esses fenômenos e terminam por conferir ao leite humano um caráter híbrido.

Com isso, algumas perguntas permanecem sem reposta, ou são respondidas de forma imprópria. Entre elas, podemos salientar:

- muitas mães relatam em consulta que seu leite ficou salgado. De fato o leite pode ficar salgado?
- o tempo não é mais o referencial para determinar a duração de uma mamada. Como ter certeza, então, de que o bebê abandonou a mama no momento exato?
- por que existem colostro, leite de transição e leite maduro?
- por que as mães de prematuros secretam um 'leite' diferente?
- a mãe produz um leite de cor semelhante à do café-com-leite: isto é normal, o bebê pode mamar? E se a cor fosse esverdeada? Qual é o nível de interferência da mãe neste processo?
- existe, no meio ambiente, algum fator capaz de exercer influência sobre a qualidade do leite materno?
- por que os lactentes desmamados precocemente têm maior dificuldade em aceitar variações alimentares em sua dieta?
- sendo um fluido, por que o leite empedra na mama, assumindo a característica de um sólido?
- a regra clássica, propugnada pela puericultura para o desmame, atende às necessidades da criança, considerando a ecologia do desenvolvimento humano?
- que fatores determinam o volume de leite produzido?

Para tentar responder a estas e muitas outras perguntas que poderão surgir, é preciso contextualizar o leite humano, observá-lo em sua dinâmica própria, regida, entre outras coisas, pelos mecanismos da fisiologia da célula alveolar materna, que imprime no leite marcas biológicas originadas no meio, nas condições sociais que regem a vida da mulher-mãe. Assim, faz-se oportuno mergulhar no interior do leite para entender a forma pela qual ele se estrutura,

compreender a lógica de sua síntese, buscar a razão do seu desenho biológico – e não para tratá-lo de maneira estereotipada, atentando apenas para sua composição centesimal, como se as porcentagens de proteínas, lipídeos, carboidratos, minerais e fatores de proteção fossem suficientes para o entendimento de todos os fenômenos que envolvem o tema.

Com esta perspectiva mais ampla, é possível trilharmos um caminho pautado por uma série de aproximações sucessivas, partindo do próprio leite, localizando inicialmente em seu interior as tramas que determinam nosso objeto de interesse e que deverão ser seguidas, sejam quais forem as direções para as quais apontem.

Uma Visão Sistêmica da Composição

Ao se observar uma gota de leite humano ao microscópio, duas estruturas muito bem definidas saltam aos olhos. A primeira consiste em um número muito grande de pequenos glóbulos amarelados regularmente distribuídos por todo o produto, e a segunda, em grandes bolas brancas que parecem estar flutuando em seu interior. Trata-se de glóbulos de gordura e micelas de caseína, respectivamente emulsificadas e dispersas em um meio que, por analogia ao sangue, corresponde ao que pode ser chamado de soro do leite.

Em verdade, o leite humano é uma mistura homogênea que se estrutura na forma de um sistema, composto por três subsistemas ou fases, assim definidos: fração emulsão – glóbulos de gordura; fração suspensão – micelas de caseína; e fração solução – constituintes hidrossolúveis (Almeida, 1992b).

Para melhor evidenciar a importância de se compreender o leite humano do ponto de vista desta forma de estruturação, evitando que a questão seja apenas considerada como puro academicismo, cabe mencionar o fato de que todas as principais variações da composição do leite humano até hoje estudadas, seja no aspecto qualitativo ou no quantitativo, observam sempre esta lógica de estruturação. Assim, o aumento de conteúdo energético no final da mamada, corretamente atribuído à elevação da concentração de lipídeos, na realidade resulta da predominância da fração emulsão nesta etapa de esvaziamento da mama. No início da mamada, o lactente recebe um leite predominantemente composto por constituintes hidrossolúveis, que vão sendo progressivamente substituídos pelos integrantes da fração suspensão, e estes, por sua vez, acabam por ceder lugar aos componentes lipossolúveis da fração emulsão. Deste modo, ao longo de uma mamada completa, a criança não recebe um leite único, de composição fixa, com constituintes medianamente distribuídos. Recebe um produto dinâmico, mutável, com características distintas e ajustáveis a cada momento em que se encontra no peito (Almeida, 1992b). Uma vez constatadas estas variações, resta compreender as razões de sua oportunidade e traduzir os seus possíveis significados no interior da rede sociobiológica.

A possibilidade de seguir as tramas da rede desenhada pelo leite humano, com intuito de lhes atribuir nexo, depende da capacidade de se compreender a forma pela qual o leite se estrutura como um sistema, bem como as dinâmicas estabelecidas no interior de cada uma das frações que compõem o seu desenho biológico.

FRAÇÃO EMULSÃO

A fração emulsão corresponde à fase lipídica do leite humano, na qual se concentram os óleos, as gorduras, os ácidos graxos livres, as vitaminas e demais constituintes lipossolúveis, a exemplo de pigmentos como o betacaroteno (Almeida, 1992b).

Apesar de ter uma polaridade diferente do meio em que se encontra – que é fortemente polar, em virtude do conteúdo de água e das demais substâncias inorgânicas presentes no soro –, a fase lipídica consegue se manter estável e uniformemente distribuída porque forma uma emulsão, estabilizada pela membrana que envolve o glóbulo de gordura.

A gordura do leite humano, em sua quase totalidade, não é livre e se apresenta de maneira compartimentalizada, na forma de glóbulos, envoltos por uma membrana fosfolipoprotéica originada na célula alveolar materna. O início da síntese é marcado pela formação de uma espécie de 'vacúolo' no retículo endoplasmático, resultante da invaginação da membrana celular envolvendo a matéria graxa trazida pelo sangue. No interior desta estrutura, os lipídeos carreados pela circulação sangüínea são transformados em lipídeos do leite por ação de um complexo sistema enzimático regido pela biologia molecular da célula alveolar materna. Ao término deste processo, o então 'vacúolo' se desprende integralmente da célula, dando origem ao glóbulo de gordura, que, secretado para o interior do alvéolo, mistura-se aos demais constituintes do leite humano.

O fato de a gordura do leite humano ser 'empacotada' pela mesma membrana fosfolipoprotéica da célula alveolar materna traz conseqüências que transcendem o importante papel de estabilização da emulsão. A compartimentalização minimiza as interações indesejáveis que poderiam ocorrer entre os constituintes do leite – como a saponificação, que poderia resultar de reações entre ácidos graxos livres e cálcio –, além de maximizar os processos de digestão e absorção dos nutrientes pelo lactente. Estes exemplos, entre muitos outros, justificam o aumento da biodisponibilidade dos constituintes lipossolúveis do leite humano (Almeida, 1992b).

Outro aspecto que merece atenção diz respeito ao fato de os lipídeos constituírem a principal fonte energética para o recém-nascido, cobrindo até 50% de suas necessidades diárias. Isto poderia ser um paradoxo se não fosse o suprimento extra de lipase que o lactente recebe através do leite humano (Nóbrega, 1996). Este suprimento, de fato, é fornecido através do próprio glóbulo

de gordura, que retém em sua membrana a lipase em forma inativa, que entrará em atividade apenas no momento em que se rompe a membrana do glóbulo. Apesar de enzima e substrato coexistirem, o processo hidrolítico só tem início no momento exato em que começa a digestão, à luz do trato gástrico-intestinal, guardando uma relação ótima entre o tempo de hidrólise e o momento da absorção dos nutrientes. A sincronia deste evento singular se mostra ainda mais perfeita ao ser relacionada aos demais eventos que se sucedem concomitantemente no curso da mamada do lactente, criando uma perspectiva de conjunto que poderia ser, com segurança, rotulada de 'ecologia nutricional'.

O mecanismo de atuação da lipase constitui apenas um dos exemplos, entre dezenas de outros, que poderiam ser evocados para sublinhar o papel das enzimas do leite humano que atuam como moduladores metabólicos, de um modo que nenhum outro alimento é capaz de reproduzir.

A fração emulsão é rica em colesterol, que se faz presente em concentrações elevadas e variáveis. A constatação de sua ocorrência motivou o desenvolvimento de inúmeros estudos que, apesar de chegarem a resultados conflitantes, foram sugestivos no que tange à importância dessa exposição precoce aos mecanismos de metabolização deste lipídeo na fase adulta (Akré, 1989).

No que concerne aos fatores de proteção, dois importantes agentes de defesa encontram-se na fração etérea do leite humano: os ácidos graxos de cadeia curta e os ésteres.

Os ácidos graxos de cadeia curta assumem particular importância por sua potente ação bactericida. Em função de sua composição química, mais particularmente por conta de sua baixa capacidade de ionização (pKa), estes ácidos muitas vezes são confundidos pelos microrganismos com fonte de carbono e energia e transportados para o interior de suas células, quando esses microrganismos tentam metabolizá-los. Ao entrar no citoplasma microbiano, tais ácidos se ionizam, mudando portanto o pH do meio e, assim, desestruturam as rotas enzimáticas necessárias à manutenção da vida celular. De forma simples e resumida, sem entrar em detalhes bioquímicos, este é o princípio da ação bactericida dos ácidos graxos de cadeia curta presentes no leite humano (Almeida, 1992c).

Quanto aos ésteres com ação bactericida, destaque especial deve ser dado ao fator anti-estafilococos pelo seu duplo papel protetor, uma vez que protege tanto a mama lactante quanto o organismo do lactente. No que diz respeito à mama, salienta-se a eficácia da proteção exercida contra os microrganismos da flora normal da pele, entre os quais preponderam os estafilococos, impedindo a livre colonização intraductal e, conseqüentemente, a instalação de mastites. Em relação à criança, este fator mostra-se particularmente efetivo na proteção conferida contra a ação de estafilococos enterotoxigênicos.

Completando a dinâmica desta fração, temos a presença e o papel dos constituintes antioxidantes. O leite humano é rico em ácidos graxos insaturados, particularmente em poliinsaturados de cadeia longa, fundamentais ao desenvolvimento do sistema nervoso central e à síntese de prostaglandinas. Estes nutrientes são quimicamente instáveis e se oxidam com muita facilidade, perdendo assim a sua função biológica. Os agentes anti-oxidantes do leite humano – tocoferol e quinonas – conferem estabilidade a estes compostos, protegendo-os de danos oxidativos desde a síntese até o momento da absorção. Ao entrar em contato com o trato gastrintestinal do lactente, exercem também um efeito protetor sobre as mucosas, protegendo-as de danos oxidativos, como os que se observam nos casos das enterocolites assépticas (Almeida, 1992c).

FRAÇÃO SUSPENSÃO

Como o próprio nome indica, a fração suspensão corresponde à fase suspensa do leite humano, na qual as proteínas com função plástica – caseínas – e quase a totalidade do cálcio e fósforo do leite se encontram presentes na forma micelar, constituindo uma suspensão coloidal do tipo gel (Almeida, 1992).

As micelas são um conglomerado protéico de caseínas, cuja estabilidade estrutural é conferida pela fração periférica da micela, composta pela capa-caseína. Em verdade, o termo 'caseína' não designa uma proteína em particular, e sim um sistema protéico, composto por várias subfrações com estruturas distintas, sendo importante notar que existem diferenças físico-químicas evidentes entre as caseínas dos leites de cada espécie de mamífero.

Relativamente a fatores de proteção, a fração suspensão não apresenta em sua composição nenhum constituinte capaz de proteger a mulher ou a criança. A sua principal e exclusiva função parece ser de fato nutricional, destinada a suprir as necessidades decorrentes do crescimento estrutural celular do lactente.

Em muitos trabalhos, tem-se apontado que os níveis mais baixos de cálcio do leite humano são compensados pelo aumento de sua biodisponibilidade. Uma das formas de compreender melhor o significado deste aumento de biodisponibilidade relaciona-se à proporção cálcio : fósforo, de 2 : 1, que fala em favor do cálcio, uma vez que o fósforo compete com o cálcio no momento da absorção. Contudo, há um outro ponto muito pouco discutido, referente ao aspecto qualitativo da presença destes dois minerais no leite humano: ambos estão compartimentalizados, não se encontram livremente presentes no leite, mas ligados quimicamente às caseínas que compõem a micela. Logo, sua absorção guarda uma dependência direta para com o processo de digestão destas proteínas que, por sua vez, terminam por sincronizar os mecanismos de absorção desses nutrientes. Mais uma vez, a sincronia de um evento singular se relaciona de forma harmônica aos demais eventos que se sucedem simultaneamente, criando um nexo comum, uma perspectiva de conjunto para as tramas desenvolvidas no interior do próprio leite humano.

FRAÇÃO SOLUÇÃO

Na visão sistêmica da composição do leite humano, a fração solução corresponde à fase que congrega todos os constituintes hidrossolúveis, como vitaminas, minerais, carboidratos, proteínas, enzimas e hormônios, podendo ser considerada soro do leite (Almeida, 1992b).

A água é o principal componente desta fração e, do ponto de vista nutricional, atende às necessidades do lactente que mama em regime de aleitamento exclusivo, sob livre demanda. Observe-se que esta adequação decorre, entre outros fatores, do equilíbrio osmolar que se estabelece entre leite e sangue, não possibilitando a ocorrência de sobrecarga de soluto renal em lactentes amamentados exclusivamente ao seio. Se mantida a livre demanda, não há necessidade de complementação hídrica, mesmo em regiões de temperatura elevada, pois a quantidade de água provida pelo leite humano é suficiente (Akré, 1989).

Chama atenção, em particular, o fato de a fração solução concentrar a grande maioria dos fatores de proteção presentes no leite. As imunoglobulinas (IgA, IgG, IgM, IgD e IgE), a lactoferrina, o interferon, os fatores do complemento C'3 e C'4, a lisozima, o fator bífidus, o fator anticólera, o fator antidengue (Barros, 1983) e a lactoperoxidase são os principais exemplos de substâncias protetoras que se encerram nesta fração (Almeida, 1992c). Note-se, contudo, que a eficácia da proteção oferecida ao lactente por estes fatores mantém uma relação direta com a freqüência e a duração da amamentação.

Os carboidratos apresentam-se na forma livre ou combinados com aminoácidos e proteínas, com teor variando ao redor de 7%, dos quais cerca de 15% são compostos por oligossacarídeos, glicopeptídeos, glicose e galactose. A lactose é o carboidrato predominante e supre cerca de 40% das necessidades energéticas do recém-nascido, fornecendo glicose como fonte de energia e galactose como base para síntese de galactopeptídeos, necessários ao desenvolvimento do sistema nervoso central. Além disso, a lactose participa dos mecanismos de absorção de cálcio e ferro, bem como constitui substrato para a flora intestinal do lactente, que produz grandes quantidades de ácido lático, reduzindo o pH do intestino. Dentre os oligossacarídeos, destacam-se os nitrogenados, fator de crescimento para a flora bífida ou bifidogênica, sendo portanto conhecidos como 'fator bífidus'.

As proteínas do soro são mais importantes pela atividade biológica que desempenham do que propriamente pela função plástica que possam vir a cumprir, a exemplo do que ocorre com as imunoglobulinas, enzimas, alguns hormônios, fatores de crescimento e componentes antiinflamatórios presentes no leite humano (Goldman, 1988).

Em geral, a concentração de minerais atende às necessidades do lactente e o nível da maioria deles não sofre influência da dieta materna (Akré, 1989). Isto porque certos mecanismos compensatórios da mulher, como a redução da

excreção urinária de cálcio, são acionados sempre que ocorre diminuição das reservas. Quando os níveis baixam a patamares que significam situação de maior gravidade, as reservas maternas são literalmente 'depletadas', chegando, em casos extremos, à decomposição de tecidos por mecanismos de autólise celular, para manutenção dos níveis de minerais no leite. Os estudiosos são unânimes em afirmar que a alta biodisponibilidade dos minerais presentes no leite humano culmina em maior aproveitamento de seu conteúdo, haja visto o que ocorre com o ferro, que atinge um rendimento de 70% (Almeida & Novak, 1995).

Mais uma vez, a biodisponibilidade apresenta-se como um atributo de qualidade, resultante de um complexo sistema de interações que reúne os constituintes do leite humano, as necessidades da criança e as condições maternas, conferindo-lhes, também da perspectiva nutricional, um nexo comum.

APOJADURA: POR QUE O LEITE NÃO SAI?

A preocupação materna com o fato de ter leite em quantidade e qualidade suficientes para sustentar o próprio filho é freqüentemente observada no período pós-parto. Depois que a mãe se certifica de que não há nenhum problema com o seu bebê, ela quer ver o próprio leite, de preferência jorrando em um esguicho forte. Mesmo para mulheres que foram devidamente preparadas no pré-natal, de modo a ter sucesso na amamentação, esta constatação parece ser necessária, como se fosse uma espécie de certificado para o êxito da lactação (Almeida, 1996).

A necessidade de constatar seu leite, vivida pela mãe no puerpério, pode e deve ser entendida como produto da ansiedade decorrente da vulnerabilidade emocional a que está exposta a mulher neste período de sua vida, experimentando em um curto espaço de tempo uma série de sentimentos, muitas vezes contraditórios (Silva, 1997).

Segundo as diretrizes gerais que norteiam as ações assistenciais em amamentação, é importante que os profissionais da saúde exerçam uma ação tranqüilizadora, na intenção de colaborar com o restabelecimento da autoconfiança materna. Para tanto, conforme o paradigma que orienta o discurso oficial, a equipe da saúde deverá reforçar as orientações ministradas ao longo do pré-natal, recordando à mãe que o processo fisiológico da lactação logo se estabelecerá e que a apojadura, percebida pelo aumento do volume das mamas e por uma certa sensação de desconforto, anunciará em breve a descida do leite (King, 1994).

Neste momento, origina-se um dos primeiros problemas concretos a ser enfrentado pela mulher em relação à amamentação, e que, inadvertidamente, pode ser amplificado pela atuação da equipe da saúde. Muitas vezes a tão espe-

rada apojadura ocorre, porém o leite não sai. Como explicar este fenômeno para as mães que ansiosamente aguardam o início de sua secreção lática? A justificativa parece simples para o profissional da saúde, uma vez que a descida do leite pode demorar até trinta horas após o parto (Santos Júnior, 1995). Contudo, este tipo de explicação termina por conferir ainda mais pertinência à dúvida materna, pois a verdade que lhe foi apresentada diz que o aumento de volume das mamas decorre da descida do leite, fato que na prática ela não foi capaz de observar. Então, por que as mamas incharam? Esta constatação parece transformar em realidade a tão temida 'síndrome da falta de leite' (Almeida & Gomes, 1998).

Tal situação pode constituir uma das primeiras e mais importantes mensagens negativas para a mulher sobre sua capacidade de lactar, fazendo-a confrontar-se diretamente com a relação existente entre querer e poder amamentar. O intumescimento mamário, obedecendo a toda a sintomatologia da apojadura clássica, associado à ausência inicial de leite, invariavelmente se resume a uma equação matemática para a mulher, cujo resultado se faz há muito conhecido: pouco leite. Tentando reverter esta percepção materna, muitas vezes o profissional é levado a ações que terminam por reforçá-la ainda mais. É o caso do que ocorre quando, através da expressão da mama, tenta-se extrair o leite que se encontra 'escondido' e provar assim a sua existência para a mãe, experiência que muitas vezes se torna um retumbante fracasso, passando a funcionar como uma espécie de reforço negativo da capacidade materna. O que então era um motivo de dúvida para a mulher – a sua capacidade de amamentar – transforma-se em uma constatação em virtude da ação equivocada do profissional, pois se a apojadura ocorreu e o 'leite não desceu', isto significa que ele de fato não existe...

A síndrome do pouco leite, tal qual se encontra descrita no segundo capítulo, remonta ao século XIX. Trata-se de uma construção social da medicina higienista para explicar as falhas de seu paradigma de amamentação. Desde então, inúmeros atores sociais, com as mais distintas intencionalidades, têm trabalhado de modo a reforçar a introjeção cultural desta concepção nos diferentes segmentos que compõem a sociedade brasileira. Com respeito às intencionalidades que se configuram nos dias atuais, vale a pena considerar as razões de sua oportunidade, muitas vezes gerada por desconhecimento e, de certa forma, por desinteresse pela necessidade de se ampliar a compreensão acerca das particularidades da mama lactante, o que culmina na constante desinformação que permeia as questões relativas à mama puerperal. A fisiologia da lactação humana tem sido negligenciada, no que concerne ao desenvolvimento de estudos científicos. Este fato torna-se mais evidente quando se compara o problema ao volume de trabalho desenvolvido sobre a lactação de animais utilizados comercialmente. Importa observar, ainda, que muitas das crenças e práticas que se contrapõem à amamentação entre humanos são estabelecidas socialmente com base em valo-

res que se originam na pecuária leiteira, como certos padrões organolépticos, tais como cor e consistência, por vezes adotados de forma equivocada para o estabelecimento de juízo de valor sobre a qualidade do leite humano.

A partir do momento em que a mulher engravida, tem início o processo de preparação da mama para produção de leite após o parto. Na gravidez ocorre um intenso aumento de liberação de hormônios placentários, a mama tende a aumentar de volume, a pele da aréola escurece, as veias superficiais dilatam-se e os *corpúsculos de Montgomery* crescem, passando a secretar uma substância sebácea que desempenha dupla função: umectar a pele e protegê-la da ação bacteriana. Os mamilos aumentam e, assim como o tecido mamário posterior a ele, tornam-se mais protrácteis, enquanto os níveis crescentes de prolactina induzem a proliferação e diferenciação das células que compõem a árvore mamária (Kemp, 1995).

Ao longo do último trimestre da gestação, a mama torna-se pronta para entrar em franco processo de produção. Porém, os estrógenos placentários impedem a elevação da concentração de prolactina no sangue no grau necessário para iniciar o processo de síntese do leite humano (Kemp, 1995).

A fisiologia da lactação é um fenômeno que se desenvolve em dois estágios, Lactogênese I e II, marcados por mecanismos regulatórios distintos (Almeida & Novak, 1995).

A Lactogênese I normalmente se dá no último trimestre da gestação e corresponde ao período em que a mama está pronta para produzir leite e só não o faz por causa da ação dos estrógenos placentários. Nesta etapa, o mecanismo regulatório da lactação se estabelece por meio de um sistema eminentemente endócrino que depende, em um primeiro plano, apenas das tramas hormonais que envolvem as relações entre a prolactina e os estrógenos placentários.

Com o parto e a conseqüente expulsão da placenta, saem de cena os estrógenos, o que permite uma rápida elevação na concentração de prolactina no sangue. Este pico de prolactina induz o começo da síntese do leite, determinando a ocorrência da apojadura, que, por sua vez, marca o início da Lactogênese II e a conseqüente mudança no sistema de controle da fisiologia da lactação, que passa de endócrino – na Lactogênese I – para autócrino – na Lactogênese II. Pesquisadores e estudiosos se mostram de certa forma unânimes em considerar que, deste momento em diante, a retirada freqüente de leite em meio hormonal favorável é suficiente para definir com sucesso o ritmo da lactação (Almeida, 1992b).

Um dos primeiros movimentos verificados no estabelecimento da lactação corresponde à secreção de lactose para o interior do alvéolo. Por sua característica hiperosmolar, a lactose aumenta significativamente a pressão osmótica intra-alveolar, provocando uma rápida migração de água intersticial destinada a restabelecer o necessário equilíbrio isotônico. Estes

movimentos migratórios sucedem-se por meio de dinâmicas típicas, das que se observam nos casos de edema linfático, que terminam por provocar um aumento abrupto no volume das mamas, constituindo o quadro que clinicamente é definido como apojadura. Por isso, a apojadura pode ser entendida também como uma espécie de preparação mecânica da mama para a posterior *descida do leite*, uma vez que o fenômeno provoca a dilatação dos alvéolos, cisternas, canais e demais estruturas ductais, por onde deverá fluir o produto da secreção lática da mulher.

Assim, a apojadura não implica obrigatoriamente a imediata descida do leite, que passa a depender, então, de outras interações que se estabelecem na dinâmica do controle autócrino da lactação, incluindo-se os mecanismos regulatórios da fisiologia da célula alveolar, particularmente no que concerne à capacidade funcional de sintetizar leite.

Basta Colocar o Bebê no Peito que o Leite Aparece: por que isto nem sempre funciona?

Uma vez estabelecida a lactação, a glândula mamária fica sob o controle autócrino, que congrega os reflexos maternos de produção e ejeção do leite. Ambos envolvem a ação de hormônios, cuja concentração no sangue depende da estimulação das terminações nervosas do complexo mamilo-areolar pelo lactente, bem como de estímulos visuais, auditivos, e até mesmo de condicionamento (Akré, 1989).

A prolactina, responsável pelo reflexo materno da produção, é apresentada pela literatura como o hormônio-chave da lactação, graças ao papel que desempenha para induzir e manter a síntese do leite humano. A sua produção pela hipófise anterior depende da estimulação das terminações nervosas da mama pelo lactente. Assim, o volume de leite produzido guarda uma relação direta com a sucção da criança, observando uma relação similar à lei da *oferta e da procura* – tão conhecida em economia como reguladora do mercado consumidor.

Um comentário adicional merece ser feito em relação ao fenômeno de aumento do volume de leite produzido, particularmente freqüência e duração das mamadas. Quanto maior a freqüência em um dado intervalo de tempo, maior a intensidade de estímulo do complexo mamilo-areolar, o que garante a manutenção da prolactina em níveis elevados no sangue e acarreta o aumento probabilístico da indução da síntese do leite, o que na maioria das vezes resulta em aumento da secreção lática pela nutriz. O volume de leite varia de forma diretamente proporcional ao número de mamadas e não tem relação alguma com o tempo de duração das mesmas (King, 1994).

O *reflexo de ejeção* ou de retirada do leite depende da ação da ocitocina, hormônio produzido pela hipófise posterior, secretado na forma de pequenos pulsos e com vida média curta. A sua importância é variável entre os mamí-

feros; contudo, para o homem e as demais espécies, cuja estrutura mamária não é dotada de grandes reservatórios, a saída do leite depende fundamentalmente de sua ação, que consiste em contrair as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, forçando o leite para fora dos ductos. Estas contrações podem ser intensas e algumas vezes dolorosas, bem como podem causar um simples gotejamento. Em paralelo a esta dinâmica, são induzidas contrações que auxiliam de forma rápida e completa a involução uterina no pós-parto (Almeida, 1992b).

Ao contrário do reflexo de produção, o de ejeção apresenta um componente psicológico maior que o somático e pode ser reprimido pela ação da adrenalina, sendo capaz ainda de sofrer a influência dos níveis de estresse – físico ou psíquico – a que se submete a mulher no curso da lactação. Além de responder aos estímulos de contato direto entre mãe e bebê no ato da amamentação, o reflexo de ejeção pode ser deflagrado, como já dito, por estímulos visuais, olfativos, auditivos e de condicionamento (Akré, 1989). Isto explica o fato de algumas mães, mesmo fisicamente distantes de seus filhos, poderem experimentar os efeitos do reflexo da ejeção, como o gotejamento de leite de suas mamas, graças a um simples olhar sobre um outro bebê que lhe fez lembrar o seu; à percepção de um perfume semelhante ao do filho; ao choro de uma outra criança ou ao fato de ter chegado a hora de amamentar.

Algumas mulheres podem apresentar uma incapacidade verdadeira para liberar o leite, o que com muita freqüência se atribui, de maneira equivocada, a questões de ordem emocional. Trata-se, na maioria das vezes, de um problema preponderantemente fisiológico – sem desprezar o componente psicológico do reflexo de ejeção –, decorrente de uma falha no mecanismo autócrino de regulação da lactação, que leva a mãe a produzir uma quantidade de leite maior do que a real necessidade de seu filho. Em outras palavras, a oferta se torna maior do que a procura. As mamas ficam muito dilatadas em função do acúmulo de leite em seu interior, provocando um aumento da pressão intra-alveolar e impedindo que as células mioepiteliais se contraiam mesmo sob a ação da ocitocina. Nesta situação, faz-se inevitável intervir de modo a promover o esvaziamento da mama mediante ordenha, a fim de diminuir a pressão e assim possibilitar o restabelecimento do reflexo de ejeção.

Esta dificuldade no reflexo de ejeção, fisiológica e transitória, muitas vezes se faz interpretar culturalmente, e de forma paradoxal, como sinal da insuficiência de leite, abrindo espaço para introdução da mamadeira, cujos valores – quando comparados aos da amamentação pela ótica da difusão de informação – são introjetados na sociedade com muito mais eficácia. A diferença que se observa na dinâmica de introjeção destes dois valores, como foi comentado no segundo capítulo, certamente pode ser atribuída à estratégia de *marketing* dos fabricantes de leites modificados.

Compreender as relações entre prolactina e ocitocina parece ser suficiente para possibilitar o entendimento dos fatos e fenômenos que se sucedem no decorrer da lactação, observando-se a relação entre *oferta e procura*. Uma vez conhecidos os mecanismos que regem os reflexos de produção e ejeção, definem-se as condições que permitem desvendarem-se e estabelecerem-se medidas corretivas para os problemas da lactação. Porém, algumas questões parecem não ter sido suficientemente aclaradas: como explicar a ocorrência de mastite gestacional, se o controle endócrino exercido pelos estrógenos placentários não permite que a produção de leite se estabeleça? Qual a melhor maneira de intervir em uma situação como esta, particularmente agravada se a mulher estiver convivendo com um risco gestacional de abortamento? Como o estresse materno afeta a fisiologia da lactação? Estes questionamentos demonstram que o conhecimento das interações hormonais não é suficiente para possibilitar uma compreensão mais ampla das dinâmicas envolvidas na fisiologia da lactação.

As formulações até então consideradas levam à definição de modelos explicativos parciais, que elucidam, em âmbito tissular, os significados dos eventos que se sucedem entre a sucção do bebê e a produção de leite no alvéolo. No entanto, há necessidade de se continuar seguindo a rede sociobiológica desenhada pelo leite humano – que passa a apontar em direção ao microuniverso da célula alveolar materna –, para que se compreendam as tramas que ocorrem em seu interior e para fazê-las ecoar no plano 'macro' das práticas socialmente instituídas.

Há que se atentar para a relação existente entre a prolactina e as unidades produtoras de leite, que não são compostas pelos alvéolos, e sim pelas células alveolares que os constituem. Estas células recebem do sangue todos os substratos necessários ao processo de síntese e os transformam em constituintes do leite humano por mecanismos complexos, tais como exocitose, transporte ativo e passivo de constituintes, síntese e transferência de lipídeos, difusão, secreção de íons e transferência de macromoléculas (Almeida & Novak, 1995). Todavia, para que todos estes mecanismos se desencadeiem, é preciso que a prolactina carreada pelo sangue se ligue à célula alveolar materna por meio de receptores específicos, ligação esta que, por sua vez, pode ser bloqueada pela presença de alguns peptídeos no meio citoplasmático, os quais atuam como supressores da lactação (Akré, 1989).

À medida que avança o conhecimento do desenho biológico estabelecido pela dinâmica celular, novas inter-relações vão sendo trazidas à baila, tornando mais claros os contornos das tramas que formam a rede. Assim, o aumento do nível de prolactina por si só não pode ser entendido como fator suficiente para desencadear o processo de síntese do leite. Este fenômeno depende, ainda, da ligação da prolactina com os receptores específicos na célula alveolar. Estes, por sua vez, podem ser bloqueados pelos peptídeos supressores da lactação, cuja concentração citoplasmática é diretamente proporcional ao acúmulo de leite nas mamas e ao estresse materno. Acrescenta-se a tal quadro

o papel fundamental da vascularização da mama, que irriga as células alveolares com os substratos necessários ao processo de síntese dos constituintes do leite humano.

A transição entre a Lactogênese I e II, delimitada pela apojadura, muitas vezes se faz perceber, pela mãe, como uma sensação de desconforto em que as mamas ficam cheias e quentes. Neste momento, a mulher tem a sua plena capacidade de síntese instituída, ou seja, a quase totalidade das células alveolares encontra-se induzida à síntese do leite pelo elevado nível de prolactina presente no sangue. Em geral, como conseqüência deste primeiro movimento, o número de unidades produtoras tende a ser maior do que o necessário para secretar o volume demandado pelo lactente, ocasionando um acúmulo de leite no interior da mama. Isto, por sua vez, desencadeia o sistema de retroalimentação do controle autócrino, que tem o objetivo de adequar a produção de leite à real necessidade da criança.

Em âmbito celular, este sistema de retroalimentação se estabelece com a síntese de peptídeos supressores da lactação no citoplasma, que impedem a ligação da prolactina aos receptores específicos, desligando assim a capacidade funcional da célula. Por ação deste mecanismo, as células vão sendo progressivamente 'desligadas', até que o número remanescente corresponda à produção do volume demandado pelo bebê. Cabe ressaltar que o volume de leite produzido depende do número de células alveolares operantes, e não da velocidade de síntese dos constituintes, que, em média, observam taxas individuais constantes de secreção (Almeida, 1992b).

Em resumo, os peptídeos supressores parecem ocupar um lugar central na regulação da fisiologia da lactação em âmbito celular, e a sua presença no citoplasma depende: dos mecanismos fisiológicos envolvidos na autoregulação do volume de leite produzido; da irrigação das células alveolares com substratos necessários à síntese dos constituintes do leite, cuja diminuição, conforme o que se verifica nos casos de desnutrição materna e vasoconstrição provocada por hipotermia local, implica o aumento da concentração de peptídeos no citoplasma; e da decodificação neuroquímica das percepções maternas, que podem gerar mecanismos de *feedback* positivo ou negativo sobre a lactação. No primeiro caso, a percepção materna, decodificada em termos de estímulo positivo, termina por impedir a síntese destes supressores pela célula e permitir, assim, que o processo de síntese do leite seja estabelecido ou mantido. Já o *feedback* negativo resulta de experiências de 'estresse psíquico' vividas pela mulher, cujos mecanismos neuroquímicos terminam por induzir a síntese de peptídeos no citoplasma, exercendo deste modo uma ação eficaz de frenagem sobre a lactação.

É importante mencionar duas situações que encerram claramente o papel exercido pelos peptídeos supressores na regulação da fisiologia da lactação.

A primeira relaciona-se ao fato de algumas gestantes produzirem leite durante a Lactogênese I, quando os estrógenos placentários impedem o pico da prolactina, necessário à indução da síntese de leite. Em verdade, parece existir uma relação direta entre a vontade materna de amamentar, sempre presente nestes casos, e o sistema regulatório nas células. Vale postular que o *feedback* positivo inibe a síntese de peptídeos supressores, tanto quanto o *feedback* negativo a induz, possibilitando que a lactação se instale em um meio hormonal desfavorável. A ausência destes inibidores no citoplasma da célula alveolar permite que a prolactina, presente em níveis baixos no sangue, ligue-se aos receptores específicos e induza o início do processo. Uma ação corretiva, eficaz e sem riscos para a mulher ou o feto, consiste no emprego de hipotermia local, para provocar a vasoconstrição, com o objetivo de reduzir o fluxo sangüíneo e, conseqüentemente, diminuir a disponibilidade de substratos necessários à produção dos constituintes do leite, o que permitirá a síntese dos peptídeos supressores da lactação.

A segunda situação diz respeito ao fato de algumas mulheres seguirem amamentando seus filhos em apenas uma das mamas, sob alegações diversas, como no caso de questões relacionadas a preferências do bebê. Apesar de ambas as mamas ficarem sujeitas às mesmas influências hormonais favoráveis à lactação, apenas a que sofre o estímulo da sucção segue produzindo, enquanto a outra involui. A involução decorre do próprio acúmulo inicial de leite ocasionado pela ausência de sucção, provocando em resposta a síntese de peptídeos supressores nas células que compõem os alvéolos da mama que deixou de ser estimulada. A composição do leite desta mama se altera, dada a necessidade de ampliar a proteção da mama contra o ataque de microrganismos componentes da flora normal da pele, o que ocasiona diminuição na concentração de lactose e aumento no teor de cloreto, seguidos de uma elevação pronunciada no conteúdo de imunoglobulinas. Na realidade, trata-se da mesma dinâmica que se observa no fim de um período de lactação que tenha seguido o curso normal da cessação, cuja involução completa demanda, em média, quarenta dias após a última mamada (Akré, 1989).

Diante deste quadro, há que se rever o paradigma propugnado pelo discurso oficial que fundamenta as ações assistenciais em amamentação, particularmente no que se refere aos mecanismos de controle que regem a fisiologia da lactação. Em virtude de uma apropriação parcial do conhecimento, tornou-se comum a definição de estratégias de promoção da amamentação baseada em assertivas muito difundidas na sociedade, mas inclinadas ao reducionismo biológico: 'Lactar é fisiológico, basta colocar o bebê no peito que o leite aparece'. Este discurso, de origem tipicamente higienista, remontando a um modelo construído no século XIX, não dispõe de sustentação biológica na própria base do fenômeno, e vem a assumir uma conotação de cunho eminentemente ideológico.

Colocar o bebê no peito majora a produção de prolactina em decorrência do estímulo produzido, aumentando a probabilidade de se estabelecer ou intensificar a síntese de leite, sem contudo garantir sua produção em uma rela-

ção direta de causa e efeito, como normalmente se divulga. O termo 'probabilidade' foi propositadamente empregado para evidenciar que se trata de uma tendência que, em geral, conduz à maior produção de leite, mas que, ao ser considerada no plano da individualidade da mulher, nem sempre se traduz como uma regra universalmente aplicável. A relação entre querer e poder amamentar, vivida pela mulher-mãe em seu cotidiano, interliga as práticas socialmente instituídas à biologia molecular dos peptídeos supressores da lactação, evidenciando a impropriedade do reducionismo biológico imputado pelo paradigma de amamentação ora em vigor.

O peito e o bebê são dois elementos importantes em toda a rede desenhada pelo leite humano, que reúne, ainda em seu interior, a prolactina, a cultura, os estrógenos placentários, as questões econômicas relacionadas à amamentação, a célula alveolar, o estresse psíquico da mulher, os peptídeos supressores, a relação entre a vontade e a possibilidade de amamentar, os receptores de prolactina, a rotina assistencial dos serviços de saúde, os reflexos de produção e ejeção de leite, o condicionamento materno, o complexo mamilo-areolar, a instabilidade emocional da mulher, a irrigação das células com substrato trazidos pelo sangue, o *marketing* dos leites industrializados, a ocitocina, todos como partícipes desta mesma trama: a amamentação.

A Mama 'Empedrou'

O intumescimento mamário, comumente verificado na transposição da Lactogênese I para a II, representa o primeiro sinal de que a mulher encontrou problemas para estabelecer a auto-regulação da fisiologia da lactação. Em decorrência desta dificuldade, produz-se um volume de leite maior que o demandado pelo bebê, implicando um acúmulo no interior das mamas que, por vezes, origina relatos do tipo 'peito empedrado'.

A expressão 'peito empedrado' resulta da percepção tátil da formação de 'pedras de leite' no interior da mama, nas situações de ingurgitamento mamário intenso. Ao apalpar a mama, a mulher percebe a existência de pontos endurecidos que descreve como 'caroço, nódulo ou pedra de leite'. Sendo o leite um fluido, como entender o empedramento? Como explicar o fato de um produto líquido assumir o comportamento de um corpo sólido, como se estivesse congelado no interior da mama?

Do ponto de vista físico-químico, este fenômeno pode ser explicado como uma mudança na viscosidade, passível de ser observada entre os fluidos semiplásticos. Em termos práticos, isto significa que o leite acumulado no interior das mamas, em razão da compressão exercida pela parede dos ductos e alvéolos, sofre um processo de transformação em âmbito intermolecular. Os glóbulos de gordura, as micelas de caseína, as macromoléculas e demais constituintes passam por um processo de rearranjo espacial, que re-

sulta na redefinição dos espaços intermoleculares e no aumento das forças de interação entre as moléculas. Como conseqüência, ocorre um aumento progressivo na viscosidade do leite no interior da mama, fazendo-o perder aos poucos a sua fluidez e, por conseguinte, levando-o a assumir características próximas às de um corpo sólido, gerando o que se percebe por meio do tato como 'pedra de leite'.

Em algumas situações torna-se possível observar este fenômeno em estágios intermediários, a exemplo do que ocorre quando se ordenha uma mama intumescida e o leite apresenta uma consistência viscosa, assumindo, em alguns casos, a conformação de um filamento gelatinoso (Almeida, 1992b).

Indica-se, para esta mudança de viscosidade do leite nos casos de ingurgitamento mamário, a massagem de mama como técnica coadjuvante nas ordenhas de alívio. Além de favorecer o reflexo da ejeção do leite, mediante o estímulo do complexo mamilo-areolar, a massagem facilita a fluidificação do leite, por permitir o rompimento das forças intermoleculares responsáveis pelo aumento da viscosidade. Trata-se de um fenômeno semelhante ao que se procede no cotidiano, quando se tenta retirar *catchup*, por exemplo, de uma embalagem de vidro: é preciso agitar o vidro com vigor para que o produto flua. A agitação se faz necessária para romper as interações intermoleculares do *catchup*, de modo a que ele entre em movimento e saia da embalagem. Assim como a agitação transfere energia cinética para o produto, a massagem também o faz com o leite, contribuindo para o rompimento das interações intermoleculares e, conseqüentemente, para a sua fluidificação.

COMPRESSA: QUENTE OU FRIA?

A utilização de compressas nas intercorrências de mama puerperal tem sido objeto de inúmeras controvérsias, especialmente ao longo das duas últimas décadas no Brasil.

O emprego de compressa quente foi valorizado e recomendado em trabalhos publicados, defendendo a aplicação do calor local para auxiliar na resolução do ingurgitamento mamário, bem como para as situações em que é preciso estimular a produção de leite (Linhares et al., 1987; Rezende et al., 1984; Applebaum, 1975).

Por outro lado, particularmente no início dos anos 90, alguns autores passaram a advogar o emprego de compressa fria em substituição à quente, salientando particularmente o efeito anestésico local possibilitado por esta técnica (Vinha, 1994).

Mais recentemente, contudo, surgiu uma nova corrente que contraindica o uso de compressas de qualquer espécie, valorizando única e exclusivamente o emprego da ordenha de alívio como técnica de intervenção adequada aos casos de intumescimento mamário.

Compressa quente, compressa fria, nenhuma compressa, massagem ou apenas ordenha? A nau parece estar sem rumo. Qual o caminho a ser seguido pelo profissional da saúde no momento da intervenção? Qual a melhor maneira de orientar a mulher que vivencia este tipo de dificuldade?

Mais do que optar por uma ou outra técnica, é preciso *compreender* os fatos e fenômenos que se mesclam no interior da rede constituída pelo leite humano. Caso contrário, a opção se transforma em mera adesão à corrente ideológica que norteia o comportamento do grupo social responsável pela formulação da regra.

O intumescimento mamário resulta de falhas na auto-regulação da fisiologia da lactação. O leite acumulado no interior da mama, submetido ao aumento da pressão intraductal, muda progressivamente a sua viscosidade até atingir o estágio máximo que resulta no *empedramento* – importa sublinhar que esta mudança na viscosidade pode ser entendida como um mecanismo de proteção à mama no que tange à instalação de mastites, comumente causadas pela colonização dos ductos a partir dos microrganismos que compõem a flora normal da pele. A alteração da viscosidade possibilita maior resistência à colonização intraductal, pois a difusibilidade dos microrganismos diminui no leite mais viscoso. A maior viscosidade funciona, assim, como uma espécie de barreira física para a microbiota da pele.

Nas situações de intumescimento, a intervenção deve objetivar, além do óbvio esvaziamento da mama, dois outros pontos básicos: auxílio para o estabelecimento da auto-regulação e o favorecimento da fluidificação do leite para facilitar a ordenha.

A auto-regulação pode ser beneficiada por meio do estímulo à síntese de peptídeos supressores da lactação pelas células alveolares, o que pode ser obtido com o auxílio da hipotermia decorrente da utilização de compressas frias, que promovem a vasoconstrição e, conseqüentemente, a diminuição de oferta de substratos necessários à síntese dos constituintes do leite. As compressas devem ser utilizadas em intervalos regulares, a serem estabelecidos de acordo com o quadro clínico, podendo se dar de duas em duas horas em situações de maior gravidade. Contudo, o tempo de aplicação da compressa não pode ser superior a quinze minutos, visto que depois deste período ocorre o que se designa como 'efeito rebote', ou seja, um aumento do fluxo sangüíneo para compensar a redução da temperatura local (Almeida, 1992b).

A fluidificação do leite, por sua vez, é facilitada pela massagem, em virtude da transferência de energia cinética que, como já foi dito, atua no rompimento das interações intermoleculares que se estabelecem no leite acumulado no interior da mama, além de estimular a síntese de ocitocina necessária ao reflexo de ejeção.

A compressa quente se faz indicada nas situações em que se deseja estimular a produção de leite. A aplicação de calor local aumenta a irrigação dos alvéolos com substratos necessários à síntese do leite humano, o que minimiza a presença de peptídeos supressores e, conseqüentemente, aumenta

o número de células alveolares operantes. As células inativas são induzidas a entrar em funcionamento pelo aumento da disponibilidade de substratos resultantes do processo de vasodilatação.

Em resumo, compressa fria ou quente, massagem e ordenha são técnicas de intervenção à disposição do profissional para melhor servir à mulher. No entanto, deve-se considerar sempre que o ingurgitamento mamário é uma intercorrência de mama puerperal resultante de uma mescla de fato social e fenômeno biológico, 'hibridizados' no interior da rede sociobiológica desenhada pelo leite humano.

Fome e Saciedade: quando o bebê pára de mamar?

A saciedade do bebê é uma das preocupações que compõem o grupo das inquietações maternas nos primeiros dias após o parto, e pode estender-se por períodos maiores, a depender de fatores individuais e coletivos que concorrem para a definição do regime alimentar praticado pelo lactente. O que usualmente se considera determinante neste processo – a *autoconfiança materna* na capacidade de amamentar o próprio filho –, apesar de importante, em verdade constitui apenas um dos fatores individuais, entre vários outros que são estabelecidos socioculturalmente. Assim, é necessário conhecer estes fatores e compreender a sua historicidade para que se possam delinear ações assistenciais em favor da amamentação à luz de um novo paradigma, capaz de contextualizar as práticas propostas, adequando-as às necessidades ditadas pelas circunstâncias de vida. Caso contrário, continuar-se-á insistindo no modelo estereotipado e reducionista que, via de regra, termina por imputar um elevado grau de responsabilidade e culpabilidade à mulher.

"Com que freqüência eu devo amamentar o meu filho e por quanto tempo eu devo mantê-lo no peito?", perguntam as mães. As tantas respostas possíveis, formuladas ao longo do tempo, evidenciam que o regime alimentar do lactente, apesar de sua base biológica, faz-se construir socialmente com base em valores ditados pela cultura.

A puericultura brasileira fundamentou seus referenciais em elementos importados de outras escolas, em especial das correntes francesa e alemã (Silva, 1990). O modelo alemão concebia a amamentação, entre outras questões, como um momento oportuno para se trabalhar o desenvolvimento da personalidade humana, chegando a considerar que o caráter de um cidadão se originava no berço. Logo, o recém-nascido deveria ser submetido a um importante regime de disciplina e condicionamento que, traduzido em termos de amamentação, significava mamar de três em três horas e não mais do que quinze minutos em cada mama. Este ritmo biológico da amamentação, estipulado socialmente pela pue-

ricultura alemã no início do século, foi introduzido com sucesso no Brasil e, apesar de proscrito desde a década de 80, tende a persistir até os dias atuais por estar fortemente arraigado na cultura, muito embora inúmeros esforços tenham sido realizados para destituí-lo de seu valor.

O modelo atual de amamentação preconiza que os lactentes sejam alimentados em regime de livre demanda. Portanto, as mães devem oferecer a mama a seus filhos quantas vezes ela for solicitada. Nos primeiros dias de vida do recém-nascido, o ritmo das mamadas se mostra irregular em freqüência e duração. Porém, com o passar do tempo – normalmente no curso das duas primeiras semanas subseqüentes ao parto –, observa-se uma tendência de regularização do espaçamento entre as mamadas, cujo tempo de duração depende fundamentalmente do vigor da sucção do bebê. Os mais ávidos demandam menos tempo na mama do que os menos ávidos, mas ambos terminam por ingerir a mesma quantidade de leite (Martins Filho, 1984). Esta constatação refuta por completo a proposição de se utilizar o tempo como referencial para se definir o ponto final de uma mamada, reforçando a tese de que a saciedade do lactente encontra-se associada a outros fatores.

A tendência mais geral relaciona a saciedade do bebê à sensação de plenitude gástrica. Há de se considerar, todavia, que se trata de um modelo explicativo inconsistente, posto que boa parte da capacidade gástrica do bebê, cerca de 1/3 pelo menos (Vinha, 1987), faz-se preencher por ar, ingerido junto com o leite no momento da mamada. Uma vez misturado ao leite, o ar tende a ligar-se ao mesmo, formando uma emulsão que expande o volume ingerido e que ocupa a capacidade gástrica do lactente, sem a devida correspondência em contribuição protéico-energética. A fim de melhor visualizar este efeito de aumento de volume, pode-se compará-lo ao que se observa na fabricação de sorvetes, quando um volume de mistura básica chega a triplicar, após ser batido com a finalidade de incorporar o ar.

Assim, da mesma forma que o tempo não determina o ponto final de uma mamada, a sensação de plenitude gástrica do bebê tampouco o faz. Caso o fizesse, muito provavelmente os lactentes amamentados ao peito tenderiam a um quadro de desnutrição protéico-energética, uma vez que parte do volume gástrico estaria ocupado com o ar e, mesmo assim, o lactente teria a sensação de saciedade, fato que na prática não se sucede. O bebê mama, ingere ar, arrota e continua mamando até se sentir saciado. Como entender então esta saciedade? Qual o fator que determina o ponto final da mamada?

A construção de um modelo explicativo para a saciedade da fome do lactente passa necessariamente pela compreensão das relações que se estabelecem entre as peculiaridades fisiológicas de seu metabolismo e as particularidades da composição do leite humano. Ou seja, a resposta deve ser obtida pelo entendimento do próprio desenho biológico do leite que, se respeitado o sistema de livre demanda, deverá ditar o comportamento do bebê no que concerne ao regime alimentar.

Merecem atenção as variações que podem ser observadas na composição do leite humano, no decorrer das mamadas. Como já foi mencionado anteriormente, no início, a fração solução predomina e o leite secretado apresenta-se rico em constituintes hidrossolúveis, que cedem lugar às micelas de caseína da fração suspensa na fase intermediária, sendo progressivamente substituídas pelos constituintes lipossolúveis da fração emulsão, cuja concentração ao final da mamada chega a ser de três a cinco vezes maior do que no começo (Almeida & Novak, 1995). Inúmeras são as respostas que podem surgir da compreensão dos significados destas variações no interior da rede sociobiológica desenhada pelo leite humano.

A predominância de constituintes hidrossolúveis no início da mamada traz implicações extremamente interessantes e ao mesmo tempo desejáveis, uma vez que nesta fração encontram-se concentrados os fatores de proteção. Considerando-se que a maioria destes fatores são anticorpos de ação local e que devem exercer um papel protetor sobre as mucosas do lactente, faz-se oportuno torná-los disponíveis em maior concentração antes de ser oferecida a carga de nutrientes, pois sua ação é assim otimizada.

Como exemplo, tome-se a hipótese de que o lactente, no lapso de tempo entre uma mamada e outra, leve à boca um objeto contaminado com uma bactéria enteropatogênica, que o organismo interioriza com auxílio do próprio movimento muco-ciliar das células de revestimento da mucosa. Na mamada subseqüente, recebendo a criança já de início um maior aporte imunológico, aumenta a probabilidade de que este agente patogênico invasor seja 'opsonizado' e neutralizado pelos mecanismos de defesa do leite humano.

O fato de o 'leite de início de peito' ser rico em fatores de proteção parece ser há muito conhecido pela cultura, uma vez que inúmeras mães verbalizam de forma simples e direta o que a ciência comprova por meio de complexas manobras e artifícios: "Cada mamada é uma vacina, cada vez que ofereço o peito a meu filho, antes mesmo de alimentar eu o estou protegendo de doenças com o meu próprio leite" (Almeida, 1992b).

Na fase intermediária da mamada, o lactente recebe a maior concentração da matéria suspensa do leite, composta pelas micelas de caseína, que levam em seu interior o cálcio e fósforo coloidais. As caseínas constituem as principais proteínas com função plástica do leite humano, responsáveis pelo fornecimento de aminoácidos capazes de sustentar o crescimento estrutural celular do bebê. Esta compartimentalização de nutrientes, resultante da variação da composição ao longo da mamada, relaciona-se diretamente com o processo de digestão e absorção dos constituintes do leite, evitando interações indesejáveis e sincronizando de forma harmônica a sucessão de eventos singulares que se estabelecem na amamentação direta ao seio.

Por fim, verifica-se um aumento na concentração da fração emulsão. A elevação do conteúdo de lipideos no final da mamada, além das considerações nutricionais, diz respeito à saciedade da fome do lactente. Do ponto de vista da percepção sensorial, mais particularmente das propriedades organolépticas, o sinal de saciedade se estabelece no momento que as papilas gustativas são saturadas pela matéria graxa do leite humano, definido assim o ponto final da mamada.

A título de ilustração, sobre o significado e a possibilidade de se postular o aumento do teor de lipídeos como o fator determinante do final da mamada, ou *end point*, cabe trazer a relevo um outro postulado, descrito na literatura como "intolerância relativa à lactose" (Akré, 1989).

A intolerância relativa à lactose refere-se a um fenômeno observado entre lactentes amamentados exclusivamente ao seio, em regime de livre demanda, cujas mães não conseguem estabelecer a auto-regulação da lactação e produzem um volume maior do que o demandado pelo filho. Assim, mesmo apresentando uma sucção eficiente, o lactente não consegue esgotar toda a mama e termina por receber um leite em que predominam as frações solução e suspensão. Como conseqüência, observa-se um ganho de peso insuficiente, decorrente da baixa ingestão energética, uma ocorrência de fezes líquidas freqüentes, em razão do acúmulo de lactose no intestino, e uma irritabilidade acentuada, decorrente da sensação de fome sempre presente, pois apesar da plenitude gástrica ser atingida pelo volume ingerido na mamada, não se deu a satisfação da necessidade organoléptica, sinalizada pela saturação das papilas gustativas.

Em inúmeras publicações no campo da ciência e tecnologia de alimentos, que reúnem estudos voltados para as propriedades organolépticas de produtos alimentícios, pode-se observar com clareza a relação entre a saturação das papilas gustativas ocasionada pelas gorduras e a saciedade da fome (Almeida, 1992b). Nesta direção, é interessante atentarmos para uma atitude comum no cotidiano dos restaurantes especializados em servir carnes no 'sistema de rodízio', que consiste em possibilitar consumo livre por um preço fixo e pré-estipulado: nestes estabelecimentos, invariavelmente, as primeiras preparações servidas são gordurosas ao extremo, a exemplo da carne de porco e derivados, o que contribui para atenuar a fome e reduzir o consumo...

Leite Ralo, Marrom, Verde: qual a origem da cor?

A cor, uma das propriedades organolépticas do leite humano, seguramente consiste em um dos atributos de qualidade mais apropriados pela cultura com o objetivo de formar juízo de valor. Construções sociais como leite ralo, fraco, forte, puro e impuro, apesar de não serem necessariamente originadas da percepção da cor, encontram nela uma excelente oportunidade de ancoragem e validação.

O padrão de cor e consistência para o leite humano foi culturalmente instituído com base nos referenciais estabelecidos para a pecuária leiteira – 'leite, para ser forte, tem que ser gordo'. Assim, quanto mais encorpado for o leite e mais intensa a sua coloração, de preferência tendendo do branco opaco para o amarelo, melhor sua qualidade.

Em meio a estas construções, a mulher, movida pela necessidade de atestar a qualidade do próprio leite, ou simplesmente pela curiosidade, promove uma expressão manual da mama imediatamente antes de amamentar seu filho. Como resultado, observa que a sua secreção lática apresenta coloração e consistência semelhantes à água de coco. Esta constatação a conduz, na maioria das vezes, a acreditar que seu leite, de aspecto ralo e aguado, não será forte o suficiente para 'sustentar' o seu bebê. Apesar de se tratar de uma iniciativa infundada à luz da ciência, pois todo leite de início de peito tende sempre a assumir este tipo de coloração, é importante avaliar o peso desta constatação para a mulher, cujos referenciais em grande parte emanam do senso comum.

A cor do leite humano resulta da interação de seus constituintes, podendo variar de azul-claro muito tênue até um amarelo intenso, passando por padrões intermediários como verde-escuro, da tonalidade do caldo de cana, e branco opaco, sem que isso sinalize qualquer anormalidade. As alterações na cor decorrem sobretudo das variações na composição do leite ao longo da mamada ou ordenha, em função da predominância das fases solúvel, suspensa ou emulsificada:

- *Início de mamada* – rico em constituintes hidrossolúveis, o leite tende à coloração da água de coco, podendo variar de azul-claro até verde-escuro intenso, em decorrência da presença de diferentes tipos de pigmentos solúveis no soro ou de substâncias que apresentam grupamentos cromóforos em sua estrutura. A título de exemplo, vale lembrar que dietas ricas em riboflavina tendem a produzir uma fração solução de coloração verde intensa.
- *Meio de mamada* – em conseqüência do aumento da concentração de micelas de caseína, o leite tende a assumir uma coloração branca opaca, que será tão mais intensa quanto maior a quantidade de micelas presentes.
- *Fim de mamada* – o leite de 'final de peito' tende a uma coloração amarelada em virtude do aumento do conteúdo de lipídeos. A cor amarela deriva da presença de pigmentos lipossolúveis que se encontram concentrados nesta fração.

Observa-se, ainda, mesmo entre profissionais da saúde, uma propensão a identificar o colostro por intermédio da cor. Por motivos não muito bem definidos e sem fundamentação biológica, toda secreção de coloração amarelada tende a ser chamada de colostro. Entretanto é comum, por exemplo, que mulheres da região Nordeste do Brasil produzam um leite maduro de coloração

mais amarelada do que o colostro secretado pelas habitantes dos estados do Sul. Isto resulta das diferenças vigentes no hábito alimentar da população brasileira: no Nordeste, as fontes de vitamina A que compõem o cardápio são muito mais ricas em provitamina, como o beta-caroteno, que confere uma coloração mais amarelada à gordura, ao passo que na região Sul, em razão das próprias condições climáticas, os alimentos são mais ricos em vitamina A propriamente dita, a qual, por ser incolor, não intensifica a coloração da gordura.

O fato de os profissionais da saúde tenderem a rotular como colostro as secreções láticas de coloração amarelada, apesar de não ter fundamentação biológica, pode guardar uma estreita relação com a representação social de qualidade construída para o leite de vaca. Por ser o colostro a mais nobre secreção lática humana, em função de seu elevado valor biológico, é passível de espelhar o padrão máximo de qualidade definido na pecuária de leite, em que o leite mais forte é o mais gordo e, como tal, mais amarelado.

As variações de cor do leite humano, de um modo geral, não constituem motivo de preocupação, salvo nas situações em que se apresentam tonalidades variando entre o vermelho tijolo e uma cor típica de café-com-leite. Estas gradações normalmente indicam presença de sangue, que pode ser facilmente comprovada com auxílio da 'técnica do crematócrito' (Almeida & Novak, 1994).

A presença de sangue no leite associa-se em geral a um fenômeno que ocorre no estabelecimento da lactação, na fase inicial da apojadura, quando a secreção de lactose aumenta a pressão osmótica intra-alveolar, provocando migração de água intersticial. Esse aumento repentino de osmolaridade pode causar uma ruptura de capilares e possibilitar a passagem de sangue para o interior do alvéolo, onde este se mistura ao leite que ali começa a ser secretado. No período de 24 a 48 horas subseqüentes, o fenômeno cessa, fazendo o leite retornar à coloração normal. Este tempo pode ser diminuído com o esvaziamento da mama mediante ordenhas, propiciando um retorno progressivo da cor do leite ao padrão de normalidade. Caso o problema persista, fato raro e não documentado até a presente data, deve ser remetido à esfera de competência da mastologia para os devidos cuidados. Este fenômeno tem-se manifestado de forma característica entre primíparas adolescentes ou com idade superior a 35 anos (Almeida, 1992b).

Leite Salgado: qual o significado do sabor?

Nos compêndios clássicos de pediatria, à semelhança do escrito pelo professor Perneta (1979), o leite humano se caracteriza não apenas pelo seu conteúdo imunológico ou aporte nutricional, mas também pelo fato de se tratar de um líquido branco opaco, às vezes amarelado, de reação alcalina e sabor levemente adocicado. Esta rápida incursão no terreno das propriedades

organolépticas do leite humano traz à tona uma questão cuja pertinência tem sido pouco considerada no cenário da alimentação do lactente: existe de fato alguma implicação prática importante que justifique a necessidade de desvendar as tramas que se configuram em torno do sabor do leite humano? Ou trata-se apenas de uma questão meramente acadêmica?

Uma reflexão inicial deve ser feita à luz das práticas instituídas pelo agente social que seguramente acumula o maior volume de conhecimento sobre as propriedades organolépticas dos alimentos: a indústria de leites modificados. A análise compreensiva de sua lógica mercadológica e de suas estratégias de *marketing*, iluminada tanto pela perspectiva nutricional, que compõe o paradigma biológico de seus produtos, como pela perspectiva do realismo histórico, que considera a construção social dos valores, pode auxiliar na decodificação de alguns referenciais pertinentes quanto às relações que se organizam em torno do *flavor* – sabor e aroma – do leite humano. Esta proposição se baseia no fato de a indústria de laticínios trabalhar há décadas na busca de produtos capazes de suprir a 'falta de leite humano' e, assim, gerar lucros financeiros com a comercialização de suas descobertas, 'sem prejuízos para a saúde' do lactente.

Deste modo, uma primeira reflexão deve ser feita acerca do fato de existirem diferentes produtos destinados à alimentação de lactentes de uma mesma faixa etária. Alguns fabricantes chegam a produzir concorrência interna, em sua própria linha de leites modificados. Tomemos a linha de produtos comercializados pela Nestlé no Brasil. Em documento intitulado Nutrição Infantil (Nestlé, s/d), distribuído entre pediatras e residentes de pediatria no Brasil, encontram-se as seguintes indicações de uso para os produtos:

NAN-1: "Alimentação do lactente sadio durante os 6 primeiros meses de vida, quando for necessário recorrer à alimentação com mamadeira". (p. s/n).

NESTOGENO-1: "Alimentação do lactente sadio durante os 6 primeiros meses de vida, quando for necessário recorrer à alimentação com mamadeira". (p. s/n).

NAN-2: "Alimentação do lactente sadio em seqüência à alimentação iniciada nos primeiros meses de vida." (p. s/n).

NESTOGENO-2: "Alimentação do lactente sadio em seqüência à alimentação iniciada nos primeiros meses de vida." (p. s/n).

NESTOGENO SOY: "Alimentação do lactente sadio em seqüência à alimentação iniciada nos primeiros meses de vida." (p. s/n).

BIO-NAN: "Alimentação do lactente no primeiro ano de vida, quando for necessário recorrer à alimentação com mamadeira." (p. s/n).

PELARGON: "Alimentação do lactente no primeiro ano de vida, quando for necessário recorrer à alimentação com mamadeira." (p. s/n).

Diante disto, cabe questionar quais as razões da existência de produtos diferentes que concorrem entre si com as mesmas indicações de uso, segundo as especificações do próprio fabricante. Por mais que se procure responder a esta questão pela complexa via da composição centesimal dos leites modificados e das relações estequiométricas que se estabelecem entre estes e o *Codex Alimentarius* (1994), um determinante se mostra inegavelmente presente: a opção de uso. Sem querer estabelecer qualquer juízo de valor sobre os produtos ora descritos ou sobre o real significado de sua existência, o fato de se dispor de mais de uma opção parece ser fundamental para a manutenção do cliente entre o grupo de consumidores fiéis à marca, ou seja, ao fabricante.

A satisfação do cliente constitui um dos pilares de sustentação dos sistemas de qualidade total, que norteiam a dinâmica empresarial do mundo pós-moderno. Contudo, nesta situação em particular, a satisfação do cliente parece assumir uma dupla conotação, pois remete o problema tanto para o lactente como para o pediatra que acompanha o seu crescimento e desenvolvimento. Ao pediatra, a indústria responde com a estequiometria da composição centesimal do leite segundo as recomendações do *Codex*. E ao lactente, como responder? Como convencê-lo a consumir um produto cujo sabor lhe parece estranho ou pouco convidativo? A possibilidade de rejeição sensorial do produto pode ser uma das principais explicações para a existência de alternativas na linha de um fabricante, concorrentes entre si pelo mesmo consumidor. Em sendo verdadeira esta ilação, estes produtos, ao invés de concorrentes, são instrumentos de conquista do consumidor, em busca da hegemonia de mercado, estabelecidos pela estratégia de *marketing* das empresas como alternativas alimentares a serem testadas pelo pediatra e como opções de *flavor* para a percepção sensorial do lactente.

Em verdade, a questão – que no passado recente parecia remeter a discussão à esfera da mera curiosidade acadêmica – assume hoje contornos de relevo no cenário da alimentação e nutrição infantil, particularmente no que se refere às práticas alimentares no primeiro ano de vida, em cujo quadro observa-se a existência de uma correlação direta entre o grau de facilidade do lactente em aceitar variações no cardápio que compõe a sua dieta após o desmame e a extensão de seu período de amamentação (Almeida, 1992b).

A dificuldade do lactente desmamado precocemente em aceitar variações no cardápio ajuda-nos a compreender a necessidade da existência de produtos diferentes para uma mesma faixa etária, ou seja: estes produtos constituem opções de sabor e aroma. Além disso, tal dificuldade pode também resultar da monotonia de palatabilidade a que são submetidos estes lactentes. Ao contrário das fórmulas láticas, o leite humano sofre variações pronunciadas em sua composição ao longo da lactação, o que promove variações em seu *flavor*. Os leites modificados, por sua vez, restringem a percepção sensorial do lactente a um único padrão de palatabilidade, e é exatamente esta restrição que caracteriza a monotonia alimentar.

O fato de a composição do leite humano variar ao longo da lactação representa, entre outras coisas, uma oportunidade de adequação do lactente a novos padrões de palatabilidade e, por conseguinte, uma oportunidade de formação do hábito alimentar. À medida que a lactação avança, observa-se uma tendência na diminuição do teor de lactose, com conseqüente aumento na concentração de cloretos, modificando aos poucos o sabor original do leite humano, que passa de levemente adocicado, no curso do primeiro mês, a levemente salgado. Esta mudança pode ser entendida como um mecanismo de adequação natural, necessário para compatibilizar a percepção sensorial do lactente com a introdução de alimentos complementares no devido momento.

Se a composição do leite humano fosse fixa e não estivesse sujeita a estas variações, no momento da introdução de alimentos complementares observar-se-ia a mesma dificuldade registrada para as crianças desmamadas precocemente, em decorrência da monotonia alimentar a que são submetidas.

Outro aspecto importante em relação ao *flavor* do leite humano diz respeito à passagem de substâncias 'flavorizantes' da dieta materna para o leite, no curso de sua própria síntese. Os compostos químicos que definem o sabor e o aroma dos alimentos ingeridos pela mãe chegam até a criança através do leite. Esta transferência, que tende a se pronunciar com o avanço da lactação, pode também ser entendida como uma oportunidade de adaptação do lactente a um novo padrão de palatabilidade. Nesta situação particular, a adaptação se mostra extremamente oportuna, por aproximar a criança do padrão sensorial decorrente do hábito alimentar de sua família, preparando-a assim, durante o curso da amamentação, para receber os alimentos que fazem parte do cardápio ditado pela cultura do grupo social no qual se encontra inserida.

Em suma, crianças que mamam no peito estão preparadas sensorialmente para receber alimentos complementares de acordo com o hábito alimentar de sua família. Diante disto, há de se considerar que a estequiometria nutricional não é suficiente para se tratar a prática alimentar no primeiro ano de vida, a qual envolve questões que estão além deste alcance, sendo necessário valorizar a formação do hábito alimentar desde a mais tenra idade.

Para Produzir Leite é Preciso Tomar Leite?

Alimentação e nutrição da mulher constituem um dos principais objetos de preocupação ao longo do ciclo gravídico-puerperal e de todo o período da lactação.

Inúmeros são os tabus alimentares, cardápios, dietas e regras que gravitam em torno da gestante e da lactante. Em meio a este conjunto de construções sociais, o estímulo ao consumo de leite de vaca e derivados merece atenção especial, particularmente por ser uma prática valorizada e introjetada com base em estratégias comerciais, que se originam na pecuária leiteira e que ganham

ênfase nas indústrias que fabricam leites modificados. Esta prática, apesar de constituir um estereótipo, por não respeitar o hábito alimentar de muitos grupos sociais, tende a ser difundida na sociedade em todas as oportunidades possíveis, a exemplo do que ocorre com os programas verticais de combate à desnutrição que, invariavelmente e fundamentando-se em critérios classificatórios questionáveis, incluem a distribuição de leite bovino para a população.

Pautada pela iniciativa de sustentar a construção social que defende o leite bovino e derivados como alimentos completos e indispensáveis à gestação e amamentação, uma das empresas que comercializa leites modificados no Brasil lançou, em meados dos anos 90, um leite modificado que, segundo sua propaganda, foi "especialmente desenhado para atender às necessidades nutricionais da gestante e lactante". Por intermédio de seu *marketing*, veiculado pela mídia e por ações diretas sobre obstetras e pediatras, a empresa advogava o valor indispensável de seu produto, com base em avanços científicos, e apresentava a estequiometria nutricional da composição de seu produto segundo o *Codex*.

É preciso levar em conta, porém, que no soro do leite bovino existe uma proteína conhecida como beta-lactoglobulina – presente também na quase totalidade das fórmulas láticas e leites modificados – que é capaz de contaminar o leite humano produzido por mulheres que consomem leite de vaca e derivados, havendo a possibilidade de que seja provocada uma resposta antigênica em lactentes atópicos (Cavagni, 1985:36).

Por esta razão, o consumo de leite bovino e seus derivados durante a gestação e a amamentação deve ser visto e tratado com muita cautela, guardando-se sempre respeito para com o hábito alimentar da gestante e lactante. Mulheres que normalmente não consomem leite e derivados, ou fazem-no em baixa escala, não devem ser estimuladas a fazê-lo, menos ainda de forma indiscriminada e muitas vezes inconseqüente, como se dá no caso das propagandas, veiculadas nos meios de comunicação, que são dirigidas à mulher de forma ampla e irrestrita, com o único objetivo de vender o produto ofertado.

O estímulo ao consumo de leite bovino é absolutamente desnecessário e pode ocasionar riscos à saúde da criança. Quando há uma preocupação de fato com a saúde da mulher e do lactente, o mais importante e correto, do ponto de vista biológico, é promover uma adequação quali-quantitativa da dieta da mulher, respeitando-se, acima de tudo, o seu hábito alimentar.

A Rede Sociobiológica e o Novo Modelo

O leite humano é um produto híbrido que se forma entre os domínios da natureza e da cultura, e não pode continuar a ser tratado apenas como um fluido biológico ímpar, capaz de reduzir os índices de morbi-mortalidade infantil entre lactentes.

A tradicional divisão de tarefas praticada no cenário da atenção à saúde da mulher e da criança – que leva os homens de ciência à gestão da biologia do leite humano, e os formadores de opinião a gerenciar a difusão da informação científica na sociedade – tem-se mostrado ineficaz na elucidação das dinâmicas que se estabelecem em torno do leite humano, para além do que o modelo biológico é capaz de revelar. Com isso, abriu-se espaço para que grupos sociais interessados em desqualificar o leite humano em favor do uso de outros produtos praticassem e continuem praticando a anticultura da amamentação, fundada em verdades construídas sob a perspectiva de um cientificismo enganoso e travestido de vanguarda científica.

Os clássicos parâmetros nutricionais, químicos, físicos, imunológicos, microbiológicos e fisiológicos, usualmente utilizados na sistematização das discussões que buscam ampliar a compreensão dos significados que permeiam o leite humano, não podem ficar circunscritos ao microcosmo dos fenômenos que se estabelecem entre a composição do leite humano e a fisiologia do bebê. Eles devem transcender a fronteira biológica em direção ao social, não para estabelecer um elo de causa e efeito, mas para possibilitar a percepção do leite como um híbrido, que combina fato social e fenômeno biológico na perspectiva da ecologia do desenvolvimento humano.

Com esta nova perspectiva, há de se operar um novo paradigma, capaz de ir além das possibilidades apresentadas pela matriz biológica – que se fundamenta na desconstrução do leite humano em favor da compreensão do significado social de seus constituintes.

É importante ressaltar que as propriedades nutricionais do leite humano são um fato cientificamente consumado, e que problematizações envolvendo a estequiometria do *Codex* no que concerne à composição do leite não passam de estratégias cientificistas dos fabricantes de leites modificados em prol de seus produtos. As grandes questões que ora se apresentam estão além dessas discussões e objetivam ampliar a compreensão dos fatos e fenômenos no cenário da ecologia do desenvolvimento humano, a exemplo da adequação do padrão de palatabilidade do lactente ao hábito alimentar da família. O problema focado pelo novo paradigma consiste em como reatar os laços que se estabelecem entre o biológico e o social, retraçando a rede desenhada pelo leite humano.

Na prática, entretanto, os profissionais da saúde – até mesmo muitos daqueles que atuam como formadores de opinião sobre a alimentação do lactente – recusam-se a pensar como tal, e continuam insistindo em seu sistema de representação de mundo, que mantém a distinção entre o âmbito biológico e o social no cenário da amamentação. Os avanços da ciência, as estratégias da indústria que fabricam leites modificados, as preocupações dos formuladores da política estatal, as angústias maternas e as intervenções dos profissionais da saúde, todos encontram-se interligados como partícipes de uma mesma trama, qual seja, a da rede sociobiológica desenhada pelo leite humano.

4 Bancos de Leite Humano: O estabelecimento de um novo paradigma

Os Bancos de Leite têm sido um dos mais importantes elementos estratégicos da política estatal em favor da amamentação, no decurso das duas últimas décadas no Brasil. Contudo, as percepções e construções sociais acerca destas unidades de serviço estiveram sujeitas a uma série de flutuações ao longo da história. Desde a implantação da primeira unidade no País, atores e grupos sociais imputaram significados aos bancos de leite que permitiram caracterizá-los tanto como estruturas de apoio às situações de excepcionalidade do desmame comerciogênico, quanto como unidades de atendimento a serviço da amamentação, a depender do momento histórico que se considere (Almeida, 1992a).

O primeiro Banco de Leite Humano (BLH) do Brasil foi implantado em outubro de 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Seu principal objetivo era coletar e distribuir leite humano para atender os casos considerados especiais, como prematuridade, perturbações nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (Barata, 1960). Com esta mesma perspectiva, foram implantadas mais cinco unidades no País até o início dos anos 80. A tendência de novas implantações se manteve constante entre 1943 e 1979, à razão média de uma inauguração por década. Contudo, ao longo dos anos 80, particularmente a partir de 1985, observou-se uma verdadeira expansão, com a instituição de 47 novos serviços que, somados às 56 implantações ocorridas na década de 90, passaram a totalizar 104 unidades em funcionamento no País, segundo estimativa apresentada no I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano, realizado em Brasília em julho de 1998 (Almeida, 1998b).

A história dos bancos de leite humano no Brasil pode ser dividida em duas fases. A primeira teve início em 1943, com a implantação do BLH-IFF/Fiocruz, estendendo-se até 1985, quando se deu a ruptura do paradigma original e a constituição de um novo modelo, vigente até os dias atuais.

De 1943 a 1985: as amas-de-leite do século XX

O Lactário de Leite Humano – como também eram conhecidos os bancos de leite naquela época – pertencente ao Abrigo Maternal da cidade de Salvador, na Bahia, organizado e construído por Martagão Gesteira, deu lugar à pri-

meira iniciativa de manipulação de leite humano ordenhado no Brasil. Porém, foram Mário Olinto e Adamastor Barbosa, professores de pediatria do então Departamento Nacional da Criança, os responsáveis pela implantação da primeira estrutura operacional de um banco de leite humano no País: o BLH-IFF/Fiocruz (Almeida, 1992a).

Um dos aspectos mais curiosos desta iniciativa refere-se ao fato de a primeira implantação ter ocorrido na década de 40, momento em que a amamentação no Brasil vivia uma fase de franco declínio, cedendo lugar ao desmame comerciogênico imposto pelo *marketing* dos leites modificados com suposto respaldo de uma vanguarda científica, já comentado e analisado no segundo capítulo.

Faz-se necessário buscar as intencionalidades dos atores e grupos sociais envolvidos na implantação de uma unidade de serviço que objetivava disponibilizar leite humano, produto cuja qualidade a própria pediatria questionava, com base naquelas verdades cientificistas dos leites modificados, construídas socialmente pelos serviços de informação científica dos fabricantes.

Em uma primeira aproximação, adotando como referencial os relatos de puericultores da época, observa-se que os bancos de leite foram inicialmente projetados com a meta de atender a casos especiais, em que o leite humano era considerado recurso soberano, não por suas características nutricionais, mas por suas propriedades farmacológicas. Contudo, o leite destinava-se tão somente às situações de emergência, sendo vedada sua utilização em condições passíveis de serem solucionadas com a alimentação artificial, que se apresentava sempre como primeira alternativa (Almeida, 1992a). As principais justificativas para este procedimento são apresentadas por Barata (1960:41):

> O alimento artificial pode resolver hoje quase todos os casos; o leite humano que se consegue obter é sempre em pequena quantidade; e finalmente é um alimento que alcança preço muito elevado, equiparando-se aos medicamentos mais caros. Tudo isso aconselha a sua parcimoniosa indicação.

Apesar da suposta e imposta superioridade dos leites modificados sobre o leite humano, parece certo que estes não eram capazes de responder com sucesso absoluto ao modelo de alimentação e nutrição prescrito aos lactentes. Como Barata (1960) bem ponderou, o alimento artificial não atendia a todos os casos e as exceções eram resolvidas com leite humano. No entanto, a valorização crescente dos elementos culturais relacionados ao uso de leites industrializados, bem como a apologia do desmame precoce pelos serviços de saúde, associados à cruzada higiênica contra as amas-de-leite, fizeram o leite humano transformar-se em um produto nobre, escasso, difícil de ser obtido e de preço elevado no mercado. Segundo registros e relatórios do BLH-IFF/Fiocruz, o leite humano chegou a ser comercializado, em várias ocasiões, à razão de US$ 35 o litro.

Em trabalho apresentado durante a primeira Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, Gesteira teceu as seguintes considerações:

> Quando, na prática diária do puericultor, se antepõem impedimentos ao alactamento natural, a dúvida lhe assalta o espírito quanto ao caminho a aconselhar, pois três vias poderão ser seguidas: alactamento mercenário, alactamento misto, ou, finalmente, alactamento artificial.
>
> Claro é que o valor desses métodos segue linha decrescente, e a escolha depende antes da idade e das condições somáticas da criança. O ponto crucial da decisão deveria ser sempre um sinal vermelho, com as advertências básicas: 1ª) Os distúrbios gastroenterotróficos (perturbações digestivo-nutritivas) constituem o maior fator de mortalidade infantil; 2ª) Dentre as crianças que sucumbem por perturbações do intercâmbio nutritivo, oitenta por cento são alimentadas artificialmente; 3ª) Os perigos da alimentação artificial aumentam na razão inversa da idade, o que vale dizer: dentro do primeiro semestre, quanto mais prolongar o alactamento natural, tanto maior será a margem de segurança.
>
> Levando-se em consideração devida as normas ditadas, propor esses princípios, logo se terá subentendido a conclusão dogmática: acima de tudo, alactamento exclusivo ao seio materno; na sua falta, alactamento mercenário exclusivo; na sua impossibilidade, alactamento misto; e então, se ainda não for possível, o último recurso: alactamento artificial, com um atenuante, que é a de ser propinado *o mais corretamente possível*, em quantidade e qualidade.
>
> No particular alactamento mercenário, dois métodos se defrontam: método direto – amas-de-leite; método indireto – bancos de leite humano.
>
> Inútil e escusada seria a afirmativa de serem desiguais na simplicidade, pois os segundos resultaram das deficiências das primeiras. Com estas razões, enquanto o método direto atinge o seu triste ocaso, o indireto se apresenta em belo alvorecer. A nutriz mercenária é um problema. O Banco de Leite Humano é a solução. (Gesteira, 1960:25-26) (grifos do autor)

Os registros de Gesteira permitem-nos inferir que os bancos de leite humano foram concebidos e instituídos como uma alternativa moderna e segura para a secular figura da ama-de-leite. Todavia, é preciso que se amplie a compreensão acerca dos diferentes motivos que possibilitaram a existência desses dois atores sociais.

As amas-de-leite foram introduzidas no País pela necessidade cultural dos colonizadores portugueses, cujas mulheres não amamentavam e delegavam esta tarefa a amas mercenárias em seu continente de origem, as quais no Novo Mundo foram substituídas pelas índias cunhãs, em um primeiro momento, para depois ceder lugar, com êxito, à ama-de-leite escrava, vinda da África. À seme-

lhança do que já ocorria na Europa, introjetou-se no Brasil, como valor cultural, a crença de que a amamentação não era uma tarefa nobre e que chegava mesmo a ser indigna para uma dama (Almeida, 1998a).

Com o advento do movimento higienista no século XIX, a mulher passou a ser conclamada a amamentar. De acordo o modelo imposto pela medicina social de então, toda e qualquer mulher estaria apta produzir leite em quantidade e qualidade suficientes para amamentar o seu filho, uma vez que, para os higienistas, a amamentação não passava de um ato natural, instintivo e biológico. Não obstante, a própria medicina foi a primeira a admitir falhas em seu paradigma, ao reconhecer que um certo número de mulheres era acometido por uma espécie de síndrome que impedia a amamentação: 'a síndrome do leite fraco ou pouco leite'. Para estas mulheres, que compunham o então considerado pequeno universo da exceções, as amas-de-leite continuaram a ser uma opção.

No início do século XX, surgiu, como alternativa à síndrome do leite fraco, a hipogalactia, cujo recurso terapêutico se materializou no emprego dos leites modificados com auxílio da mamadeira, o mais recente símbolo de modernidade e urbanismo no universo da alimentação dos lactentes. Desde então, a amamentação deixou de ser o objeto maior de preocupação da medicina, que passou a encontrar, nos leites modificados, o caminho mais adequado para a alimentação e nutrição de lactentes sadios. De fato, fundou-se neste período um paradigma de alimentação de lactentes, que mais tarde foi denominado por Jelliffe & Jelliffe (1979) de 'desmame comerciogênico'. Neste novo modelo, de modo similar ao que ocorrera anteriormente no modelo higienista, as amas-de-leite visavam a atender às situações em que se verificava falha no paradigma, ou seja, quando o desmame se complicava e as alternativas alimentares disponíveis no mercado não eram capazes de substituir com êxito o leite humano.

Os bancos de leite humano surgiram também como uma resposta às falhas do paradigma do desmame comerciogênico, em substituição às tradicionais amas-de-leite. Ao contrário do que acontecera entre o século XIX e o início do XX, na década de 40 o modelo de alimentação praticado pela puericultura brasileira se pautava fundamentalmente pela introdução de fórmulas láticas de forma cada vez mais precoce. O desmame em prol da utilização de produtos industrializados, respeitando a vanguarda científica vinculada aos leites modificados, passou a consistir em regra, e a amamentação, em exceção. Havia, porém, necessidade de se constituir uma via alternativa para os casos de falha no novo modelo, de modo a contemplar as situações em que os leites modificados não podiam ser utilizados, em virtude de efeitos colaterais indesejáveis ou de complicações para o lactente. Esta via alternativa foi constituída pelos bancos de leite humano, como evidenciam os registros feitos por Gesteira (1960:26):

> O prestígio das amas-de-leite em domicílio pertence ao grupo das cousas de valor meramente histórico. Poder-se-á afirmar que a sua decadência resultou de três grandes fatores: a) a própria dificulda-

de de sua obtenção, que é enorme, *maximé* nas grandes cidades onde, em face de melhores oportunidades, esse tipo de emprego vai se tornando menos vantajoso para a mulher; b) os crescentes progressos da técnica dietética igualmente contribuíram com uma grande parte, porque, atualmente, na falta absoluta de leite humano é possível, nos casos normais, alimentar artificialmente com uma margem muito maior de segurança do que há 15 ou vinte anos passados, quando a nutriz mercenária estava ainda em apogeu; c) a difusão dos lactários de leite humano está exterminando de uma vez por todas com a prática das amas domiciliares, e quanto mais se difundem os primeiros, mais se desprezam as segundas.

Um comentário adicional merece ser feito, com respeito à coexistência harmoniosa entre os bancos de leite humano e os produtos industrializados, no período de 1943 a 1985. Barata, ao analisar os 15 primeiros anos de funcionamento do banco de leite mais antigo do País, opera com a seguinte perspectiva:

> O Banco de Leite, segundo algumas opiniões, teve o seu fastígio mas vê agora a sua estrela empalidecer. O progresso da alimentação artificial, a difusão dos preceitos de puericultura, os maiores recursos com que contam hoje os puericultores e pediatras, abalaram o seus alicerces. É comum citar-se a situação dos Estados Unidos – com meia dúzia de Bancos de Leite Humano – para indicar a decadência desta agência de puericultura. É evidente que a grande maioria dos casos necessitados antes do concurso do leite humano, quando ocorria a falta de leite materno, pode ser resolvida, hoje, satisfatoriamente, com o alimento artificial em suas diversas modalidades. Mas há e haverá por muito tempo, os casos mais difíceis, em que o leite humano se apresenta como um recurso oportuno, de grande valia. Holt, atualmente grande paladino do alimento artificial, reconhece o papel do leite humano em casos e emergências especiais. Passar desse limite onde estão feitas todas as concessões aos grandes progressos da alimentação artificial seria, de certo modo, pretender ser mais realista do que o próprio rei. (Barata, 1960:52)

O leite humano distribuído não era visto como um concorrente dos produtos industrializados; muito ao contrário, consistituía uma alternativa segura para as situações em que o paradigma do desmame comerciogênico falhava. Como bem pontuou Gesteira (1960), 85% dos óbitos por desnutrição entre lactentes desmamados naquela época estavam associados ao uso de *alimentação artificial*. Assim, a necessidade de se dispor de leite humano em quantidades que permitissem o atendimento nas situações emergenciais se transformou em um fato concreto, capaz de justificar a necessidade de implantação de um banco de leite.

Por outro lado, parece razoável supor que a substituição da hegemônica fórmula lática pela simples e secular figura da ama-de-leite não representava uma alternativa cientificamente à altura dos "avanços alcançados no cenário

da alimentação do lactente". Admitir esta alternativa, à semelhança do que se fez com o desmame no século XIX, significaria reduzir toda a construção social da estequiometria das fórmulas láticas ao seio da ama-de-leite, colocando ambos em pé de igualdade. Os Bancos surgiram, então, como um recurso capaz de preencher a lacuna deixada pela incapacidade de resposta dos produtos destinados à alimentação do lactente, de maneira discreta e bem delimitada, sem nenhuma perspectiva de promover avanços neste campo para além do que as fórmulas fossem capazes de possibilitar.

> O Lactário de Leite Humano é, pois, uma obra social de alcance imprevisível. Dirige as vistas de modo simultâneo para setores diferentes e espalha benefícios em várias direções. Basta lembrar que quando se admite em domicílio uma ama-de-leite, há apenas uma pessoa visada, e de modo egoístico: é a criança abastada, que compra o leite da criança pobre. Considerando que, muitas vêzes, nem mesmo havia indicação formal para êste recurso, concluiremos que, para quem comprou, foi um grande luxo e para quem vendeu foi um grande logro. (...) para o filho da mulher pobre o lactário não representa nenhum logro, pois este centro é erigido em defesa de seus interêsses, evitando que sua mãe venda o seu leite e lhe dê em troca alimentos inadequados (...) *Para a criança que necessita*, porque o lactário é um local onde se encontrará sempre leite, obviando assim a enorme perda de tempo resultante da procura e da seleção da ama; aí já se encontra o leite rigorosamente selecionado e manipulado com escrúpulo; ficam suprimidos igualmente os inconvenientes sobejamente conhecidos e proclamados por todos os conhecedores do assunto. *Para o filho da doadora*, pelo fato de não ficar, de um momento para o outro, privado do leite humano; não é roubado em todas as mamaduras: cede apenas algumas delas, e recebe em troca um leite de ótima qualidade e adequado ao seu estado físico. *Para a própria doadora* as vantagens são também evidentes, pois que ao se empregar em domicílio ficaria sujeita o dia inteiro à sua ocupação, deixando em casa, ou em mãos de criadeiras, os outros filhos por ventura existentes; se esta mesma mulher, ao contrário, se apresentar a um Lactário, ocupa-se apenas com uma ou duas horas no dia, dispondo do resto do tempo para seus afazeres domésticos e cuidado com os filhos. E no fim, bem avaliadas as coisas, as vantagens econômicas também entram em linha de conta. (Gesteira, 1960:27-28) (grifos do autor)

No período de 1943 a 1985, os bancos de leite humano no Brasil funcionaram como grandes leiterias, cujo propósito maior era obter leite humano, mesmo que para tanto fossem necessárias estratégias extremamente questionáveis.

Os bancos de leite eram de fato as amas-de-leite do século XX, e a doação, um grande e lucrativo negócio. Esse texto transcrito de Gesteira espelha o papel social a ser cumprido por tais unidades de atendimento. Com o propósito de

funcionar como uma obra de grande alcance social, a figura do Banco, como serviço de saúde, foi capaz de substituir com êxito a antiga figura do senhor dono da escrava-ama, apresentando ainda a vantagem de ser uma alternativa higienicamente segura, prática e de fácil acesso para aqueles que precisavam de leite humano. A doação não resultava, ao contrário dos dias atuais, de um processo voluntário e consciente, que depende única e exclusivamente da solidariedade humana. Em verdade, tratava-se de uma relação comercial, de compra e venda, agenciada pelos bancos de leite, responsáveis pela intermediação dos lucros auferidos nessas transações.

As doadoras eram consideradas a principal personagem da estrutura operacional, sendo, para muitos, elemento-chave para o sucesso dessas unidades de atendimento, cuja eficiência era medida através da qualidade – volume doado/dia superior a 300 ml – e da quantidade de doadoras (Almeida, 1992a).

Além da profissionalização da doação, que remunerava de acordo com o volume produzido, lançou-se mão de vários atrativos adicionais – como assistência médica diferenciada e distribuição de leites industrializados –, com o fito de ampliar a participação de nutrizes nos programas de coleta de leite humano desenvolvidos pelos bancos de leite:

> tem amparado os filhos das doadoras, que aí encontraram consultórios de puericultura e consultórios de clínica pediátrica à sua disposição. Tem igualmente fornecido alimento aos filhos das doadoras: cêrca de 3.000 latas de leite em pó foram distribuídas neste período (...). (Gesteira, 1960:27)

Importa salientar que as nutrizes, assim como os seus filhos, tinham direito à assistência médica assegurada pelo Estado, independentemente de estarem ou não vinculadas a programas de doação. Contudo, este direito foi transformado em 'moeda' para recompensar o processo de doação. Além disso, as doações eram também estimuladas com a distribuição de leite em pó, gentilmente ofertado pelos fabricantes, mediante a solicitação dos profissionais da saúde responsáveis pelos bancos de leite em funcionamento no País.

Por considerar o banco de leite humano uma unidade destinada à distribuição de alimento com princípios farmacológicos, o modelo inicialmente proposto primava pela adoção de rigorosos critérios para a seleção das doadoras. Embora a robustez da mulher não fosse um determinante para o volume de leite produzido, o aspecto sadio e limpo, assim como a boa aparência, eram requisitos importantes no processo de avaliação. Além do exame físico geral e inspeção minuciosa, com atenção às doenças contagiosas, efetuava-se o exame ginecológico em busca das então consideradas enfermidades venéreas. A sorologia para 'lues' e o 'achado radiológico' constituíam dois indispensáveis exames complementares a que se submetiam as doadoras de leite humano. Os filhos das doadoras mereciam consideração especial, predominantemente como instrumento de aferição indireta do estado de saúde de suas mães:

> Deverá ser procedido exame médico do filho da doadora, no sentido de uma avaliação perfeita do seu estado nutritivo, bem como exame dos órgãos e aparelhos. Não se deverá perder de vista a lues congênita, que em muitas ocasiões é mais sugestiva no filho da doadora do que na própria doadora. Muitas vezes, lesões indiscutíveis de lues congênita são apuradas em filhos de nutrizes com reações negativas. (Gesteira, 1960:30)

Em relação aos cuidados dispensados ao leite e à sua manipulação, 'assepsia' é o termo mais freqüentemente encontrado nos textos da época, que ressaltavam a sua importância em todas as etapas, desde a ordenha até o consumo (Almeida, 1985).

As nutrizes eram orientadas para lavar cuidadosamente as mãos e mamas com água e sabão imediatamente antes de cada ordenha, sendo considerado desejável um banho geral, que não era imposto, pois observou-se que a adoção desta regra implicava perda de doadoras. Após submeter-se ao procedimento de higiene, as doadoras paramentavam-se com aventais fenestrados na altura das mamas, gorro e máscara, todos individuais e destinados a um único procedimento de ordenha.

A ordenha era sempre precedida pelo máximo rigor com os processos de limpeza, e conduzida sob a vigilância direta da enfermeira responsável, em sala especial destinada exclusivamente a este fim e localizada no interior do Banco de Leite. A ordenha mecânica era considerada indiscutivelmente superior à expressão manual, por minimizar, segundo os relatos da época, os riscos de contaminação do leite com agentes nocivos do ambiente, ao mesmo tempo em que possibilitava um maior rendimento em termos de volume coletado (Almeida, 1992a).

Os utensílios que entram em contato direto com o leite deveriam ser previamente esterilizados ou submetidos a processos de sanitização equivalente.

O leite era distribuído preferencialmente na forma de produto cru, sem receber qualquer tipo de tratamento. Entretanto, em decorrência do grande volume de leite coletado, fez-se necessário introduzir o tratamento térmico, que era conduzido em equipamento de esterilização de mamadeiras, em banho-maria por vinte minutos. Segundo Gesteira (1960), o leite humano submetido a este procedimento e mantido em geladeira não apresentava sinais de alteração no curso de um mês.

Em resumo, o banco de leite humano, de acordo com seus idealizadores, foi instituído com o propósito de funcionar como um órgão de proteção social, incumbido de zelar pelos interesses da doadora e de seu filho, sem gerar lucro, destinado a encorajar a amamentação natural mediante a recompensa conferida à nutriz pelo leite doado. Havia, entretanto, uma clara distância entre a intenção expressa na definição do modelo e o que o próprio modelo possibilitou na prática. As doadoras eram em sua totalidade pobres, encontrando na comercialização do leite e nas demais benesses uma forma de sustento, o que chegou até mesmo a estimular a paridade em muitas mulheres.

A intervenção em favor da amamentação constituía outro objeto de questionamento, uma vez que essas unidades limitavam-se exclusivamente à coleta e distribuição de leite humano, cujas indicações nem sempre seguiam os critérios de prioridade clínica idealizados, e nada era feito em prol do resgate da lactação das mães dos receptores. Os bancos não visavam à amamentação, mas simplesmente ao fornecimento de leite humano.

O Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira: o mais antigo do país

O BLH/IFF guarda uma relação direta com os rumos da história dos bancos de leite humano no Brasil. Por ter sido a primeira unidade em funcionamento, entre as décadas de 40 e 70 serviu como modelo para as demais instituições interessadas neste tipo de atividade, replicando assim a proposta das 'leiterias humanas' (Almeida, 1992a). Por outro lado, em 1985 foi responsável pelo processo de reestruturação operacional que culminou no estabelecimento do atual paradigma para bancos de leite humano no País.

O banco de leite foi implantado com o propósito de funcionar como 'pronto-socorro dietético', voltado para atender às situações especiais em que as fórmulas láticas não apresentavam respostas adequadas, como no caso da prematuridade e da alergia ao leite de vaca, bem como das então considerados 'perturbações nutritivas'.

Com o único objetivo de coletar leite humano para atender a essas situações de excepcionalidade, o BLH-IFF/Fiocruz operou com um volume médio anual de 1.500 litros de leite. A distribuição do volume médio coletado por dia, calculado para cada ano, oscilou entre 2,3 e 6,4 litros, possibilitando uma média global para todo o período de 4,5 litros/dia.

A coleta desses volumes foi realizada com um efetivo médio de cem doadoras/ano, proporcionado por uma freqüência diária de 15 a 20 doações.

As nutrizes que compunham o grupo de doadoras pertenciam, regra geral, às classes de nível socioeconômico mais baixo, não havendo registro de doações de leite de nutrizes pertencentes às camadas sociais mais elevadas. Assim, ao analisar os 15 primeiros anos de funcionamento do BLH-IFF/Fiocruz, Barata (1960:42) comenta: "As doadoras, nesses 15 anos, acham-se situadas na classe mais modesta, não atraindo doação de leite de nutrizes de nível socioeconômico mais elevado".

Em relação ao estado civil, os registros indicam uma equivalência entre solteiras e casadas no grupo das nutrizes doadoras.

No que diz respeito à prevalência de cor, em sua quase totalidade as nutrizes eram de cor preta e parda, ficando a cor branca restrita a uma estimativa ao redor de 5%. Esta tendência foi tida por Barata como conseqüência direta do fato de apenas se conseguir recrutar doadoras entre nutrizes de nível socioeconômico menos favorecido:

> No que concerne à cor não houve nos últimos 5 anos alteração, o que indica que as doadoras continuam a ser recrutadas no mesmo nível, em que foram no primeiro decênio. A doação do leite como tem podido ser conduzida (exigindo a presença diária da doadora no Banco) não tem atraído doadoras de melhor nível econômico (doadoras de classe média). (Barata, 1960:42)

A distribuição das doadoras em função da idade revelou que a maioria das integrantes do grupo apresentava idade inferior a 25 anos, cerca de 40% ficou situada entre 26 e 35 anos, e apenas 5% do grupo apresentou idade superior a 35 anos.

O estudo de estratificação da prole revelou que 80% das nutrizes eram multíparas, sendo que 41% destas tinham mais de três filhos. Vale destacar, também, o longo tempo de permanência das doadoras vinculadas ao Programa, reunindo várias gerações de uma família:

> Quando comecei a trabalhar com Bancos de Leite Humano, em 1985, tive a oportunidade de encontrar na sala de coleta do Banco de Leite do IFF três gerações de uma mesma família participando do programa de doação – dona Isaura, sua filha e sua neta, todas doadoras ativas e regularmente matriculadas. (Almeida, 1992a)

Em relação à moradia, os bairros de periferia e as favelas distribuídas por todo o município compreendiam os locais de residência da grande maioria das doadoras. Estas mulheres, em sua maior parte, eram imigrantes vindas do interior e de outros estados.

No que diz respeito ao nível de instrução, os registros revelam flutuações ao longo do período, mas, como dado médio, destaca-se o fato de que a metade do grupo era composto por mulheres simplesmente alfabetizadas, e apenas 5% do total apresentava grau de instrução equivalente ao primeiro grau completo.

O estudo do perfil profissional das doadoras revelou que cerca da metade declarava-se dona de casa, não exercendo nenhuma atividade remunerada fora do lar. Durante o período estudado, não se verificou a participação de mulheres engajadas no mercado formal de trabalho no programa de doação de leite humano. Isto se devia, provavelmente, ao próprio perfil do programa, que não contemplava esse tipo de oportunidade e era voltado exclusivamente para as camadas sociais mais pobres, uma vez que o apelo à doação recorria mais aos benefícios alcançados pela doadora com a venda do seu leite do que propriamente ao espírito de solidariedade humana.

Em relação ao estado de saúde, vale citar o que registrou Barata ao analisar os 15 primeiros anos de funcionamento do BLH-IFF/Fiocruz:

> Das candidatas que se apresentam para doar leite, cerca de 95% foram aprovadas no exame de saúde. O exame de sangue (lues) e o achado radiológico dos pulmões inabilitaram cerca de 5%. Esse

> resultado parece bem animador no que tange à sífilis e à tuberculose. Embora as doadoras de leite constituam amostra selecionada da população feminina adulta das favelas, (nutrizes que contam com razoável quantidade de leite durante a lactação) o resultado do exame de saúde não deixa de ter alguma significação, como índice sanitário, até certo ponto. (...) Assume importância a verificação que cerca de 74% das doadoras apresentavam bom estado nutritivo (pelo índice peso-altura). Em quatro doadoras, três apresentavam bom estado nutritivo, dado que está coerente com a doação de leite. (Barata, 1960:43)

A rotina da doação exigia o comparecimento diário da doadora ao Banco de Leite para a ordenha. O estudo da produção individual revelou que cerca de 50% das nutrizes produziam um volume superior a 300 ml por ordenha; entre 30 e 35% situaram-se na faixa de 200 a 300 ml; e com produção inferior a 200 ml, cerca de 15 a 20%. Para que a nutriz fosse aceita como doadora era submetida a um teste, no qual deveria apresentar uma produção lática superior a 200 ml. Alguns registros revelaram ainda produções individuais, não raras, superiores a 600 ml, e casos que chegaram a atingir a marca de 1.000 ml de leite humano.

Entre os métodos de ordenha, a expressão manual ocupava lugar de destaque, seguida da utilização de bombas manuais. Embora as bombas ordenhadeiras estivessem disponíveis desde o início do funcionamento do BLH-IFF, a maioria das doadoras se mostrava refratária à sua utilização. Os principais argumentos a favor da expressão manual mencionavam a maior rapidez e eficiência na extração do leite humano.

Com o objetivo de assegurar o volume de leite coletado, o BLH-IFF desenvolvia vários programas de estímulo à doação, todos traduzidos em benefícios financeiros e materiais para as doadoras. A nutriz era remunerada pelo leite ordenhado de acordo com o volume produzido, e as despesas diárias com seu transporte eram 'generosamente' restituídas. Algumas estratégias adicionais para estimular a doação eram ainda praticadas, a exemplo das coletas realizadas aos domingos, que sofriam um acréscimo de 40% no valor pago pelo volume de leite produzido. As doadoras que não ultrapassassem o limite máximo de seis faltas mensais recebiam uma gratificação adicional pela assiduidade. A cota de doação mensal era de 12 litros por nutriz, e toda vez que esta meta fosse alcançada a doadora receberia um prêmio em dinheiro, passando o volume excedente a ser remunerado de modo diferenciado e a preços mais elevados.

Como atrativo adicional para o programa de doação, buscava-se estender uma série de benefícios, conforme ressalta Barata (1960:47):

> No programa de assistência, a doadora, além de contar com a assistência médica que o Instituto proporciona a seus filhos, até completarem 12 anos, recebe, especificamente, do Banco de Leite:

assistência especial ao filho mais novo, o lactente, que freqüenta periodicamente o gabinete do médico para inspeção, pesagem e tratamento; assistência alimentar concretizada pelo fornecimento de leite integral; pagamento das diárias nas faltas por doença própria ou dos filhos. Procurando ampliar o programa de assistência, o Banco fornece medicamentos para doadora e seus familiares e, em emergências especiais, auxílio em dinheiro.

Isto demonstra quão fundamentalmente o programa de estímulo à doação de leite humano era orientado para a população de baixa renda, de onde emergiam mulheres lactantes que, por necessidades impostas pelas circunstâncias de vida, eram levadas a vender o leite que produziam, muitas vezes em detrimento da saúde do próprio filho. O mais importante é que tudo isso acontecia com o patrocínio de um serviço de saúde materno-infantil, voltado para a promoção do bem estar físico e mental da mulher e da criança. Por intermédio de seus profissionais graduados – médicos e enfermeiras diplomadas –, promoviam todas as condições necessárias para que esses mecanismos de estímulo à doação de leite fossem efetivados. Chama a atenção o fato de muitas mulheres terem sido orientadas a assumir práticas comuns à pecuária leiteira, em que o mais importante papel a ser cumprido pela cria é o de funcionar como elemento indutor da lactação: orientações como guardar um peito para doação ou deixar o bebê mamar só o leite de início eram repassadas com freqüência.

Em muitas oportunidades, programas regulares de governo, como o Programa de Suplementação Alimentar (PSA) e o Programa de Complementação Alimentar (PCA), foram utilizados de forma indevida, como instrumento de compra, valendo como moeda na troca pelo leite humano 'doado'. No entanto, pelo simples fato de estarem amamentando os seus filhos, as nutrizes já tinham direito de receber a cota de alimentos conferida por esses programas, não havendo, portanto, necessidade de doar seu leite, como lhes era imposto.

A assistência médica diferenciada consistia em um outro grande engodo e não passava de uma elaboração a mais para atrair a mulher pobre. Em verdade, tanto a nutriz quanto seu filho tinham direito de receber a assistência ofererecida pelo Banco de Leite, independentemente da participação no programa de doação de leite humano. A nutriz, o lactente e a criança até 12 anos compunham parte do universo assistencial do IFF, de modo que assisti-los já fazia parte da missão institucional.

O leite coletado era destinado a pacientes internados no próprio hospital e a receptores procedentes de outras instituições. A estratificação da clientela revelou que os receptores externos consumiam o maior volume de leite humano distribuído pelo BLH-IFF, atingindo médias anuais superiores a 60% durante todo o período em que se concentrou o estudo.

Os receptores externos ao IFF eram cadastrados e, para tanto, exigia-se uma requisição médica, na qual deveriam constar o diagnóstico indicando a necessidade de uso do leite humano, o volume diário requerido e a data de nascimento da criança.

Os pacientes internados no IFF que precisavam de leite humano tinham de respeitar uma cota diária, normalmente fixa, por meio da qual se ajustava o número de receptores ao volume distribuído, e nunca o contrário. Não se tem, contudo, registro de cotas para pacientes externos, que normalmente recebiam o volume integral segundo as prescrições originais, somente alteradas nos momentos de escassez do produto dada a redução do volume coletado pelo Banco de Leite. Tal situação possivelmente se deve ao fato de os receptores externos pagarem pelo volume de leite humano recebido.

Entre as patologias predominantes no grupo de receptores assistidos no período de 1943 a 1985, figuravam a prematuridade, as alergias alimentares e os estados agudos com perturbações nutritivas, a exemplo de dispepsia e toxicose, sendo também estes os diagnósticos que compunham os critérios de prioridade adotados na distribuição do leite humano ordenhado.

O tempo de vinculação dos receptores ao BLH-IFF variou de três dias a seis meses, a classe modal equivalendo a trinta dias e compondo-se por 70% dos representantes do grupo. Deste total, 95% eram pacientes externos e a maioria deles não se encontrava mais internada.

Entre 1943 e 1985, o maior problema apontado em todos os documentos oficiais, trabalhos divulgados e relatórios periódicos do serviço era a necessidade de aumentar o volume de leite coletado. A busca de um programa eficaz que permitisse ampliar a coleta foi sempre o principal objeto de preocupação, pois era de fato no leite ordenhado que se materializava a razão da existência dessa unidade de serviço. O leite era o objeto finalístico, a doadora e seu filho eram operados como metas intermediárias ou meios para atingir a atividade-fim, ao passo que os receptores constituíam a grande justificativa para todas essas construções sociais em torno do funcionamento do Banco de Leite Humano.

O Banco de Leite do IFF/Fiocruz a partir de 1985

Com o desenvolvimento do Pniam no Brasil, a partir de 1981, observou-se uma mobilização social em favor da utilização do leite humano, culminando em uma espécie de estímulo à implantação de Bancos de Leite, com a finalidade de promover o atendimento, nos momentos de urgência, aos lactentes clinicamente impossibilitados de serem amamentados diretamente por suas mães.

Contudo, a situação em que se encontrava a maioria dos poucos bancos de leite existentes no Brasil não era promissora, o que conduziu o Ministério da Saúde, mediante a coordenação diretora do Pniam, a mobilizar esforços em direção à mudança deste perfil. Com esta perspectiva, foi realizada uma reunião preliminar, em março de 1984, com os responsáveis pelos principais Bancos em

funcionamento no País e com técnicos de áreas afins. Como resultado, concluiu-se que a estrutura operacional dos bancos de leite em funcionamento oferecia riscos à saúde dos receptores de seus produtos; que a grande maioria funcionava como elemento de desestímulo à prática da amamentação; que não se dispunha de uma legislação capaz de normalizar os procedimentos nesta área; e que havia necessidade de se realizar uma experiência-piloto em busca de alternativas para reversão dessa realidade.

O Banco de Leite Humano do IFF, por ser o mais antigo e por apresentar o maior volume de problemas em sua estrutura operacional, foi eleito para desenvolver a experiência proposta.

Os trabalhos foram iniciados em 1985, tendo como prioridade a avaliação da qualidade sanitária do leite humano ordenhado distribuído pelo Banco de Leite, bem como dos procedimentos técnicos de processamento e controle de qualidade praticados. Como resultado, no mesmo ano foram adotados novos procedimentos, desde a coleta até a distribuição dos produtos, como também instituiu-se a pasteurização LTLT como tratamento térmico obrigatório, além do controle de qualidade do leite humano pasteurizado (Almeida & Novak, 1994). Com essas medidas, o BLH-IFF passou a distribuir leite humano de qualidade certificada para seus receptores.

A etapa seguinte foi a mais difícil e trabalhosa: transformar o Banco de Leite em uma unidade a serviço da amamentação. Para tanto, foi preciso romper completamente com o paradigma fundado em 1943, criando-se uma nova perspectiva:

> O Banco de Leite Humano é um centro especializado, responsável pela promoção e o incentivo ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição de médicos ou de nutricionistas, sendo este obrigatoriamente vinculado a um hospital materno e/ou infantil. É uma instituição sem fins lucrativos, sendo vedada a comercialização dos produtos por ela distribuídos. (Almeida, 1992a)

A promoção da amamentação foi incorporada às ações assistenciais do BLH-IFF, com ênfase especial em situações como a prematuridade e o baixo peso ao nascer, que comumente impedem a amamentação direta ao seio. A coleta, processamento e distribuição de leite humano passaram a assumir um papel secundário, constituindo-se apenas em uma parte das ações praticadas em favor do lactente clinicamente impossibilitado de ser amamentado pela própria mãe. Esta, por sua vez, tornou-se um dos principais alvos assistenciais do Banco de Leite.

O grupo de doadoras passou a compor-se exclusivamente de nutrizes voluntárias, que aderiram ao programa de doação por uma questão de solidariedade e consciência social. Ao contrário do que muitos poderiam supor, esta mu-

dança de perfil fez o volume de leite coletado aumentar, atingindo médias anuais superiores a dois mil litros de leite humano, com a participação média de mil e quinhentas doadoras anuais.

Uma vez equacionadas as questões assistenciais, tornou-se óbvio que os bancos de leite humano poderiam operar como unidades a serviço da amamentação. No entanto, restava ainda resolver o problema do risco oferecido por bancos de leite que dispunham de estruturas operacionais impróprias, ainda agravado por questões como: indefinição de critérios para seleção e controle de doadoras; uso de metodologias inadequadas para coleta/processamento/estocagem do leite humano ordenhado; inexistência de um sistema para controle de qualidade seguro e eficaz, a ser praticado rotineiramente; além das indefinições da política estatal para o setor (Almeida, 1985). A necessidade de articular toda esta demanda conduziu à proposta de criação de uma estrutura capaz de suportar as atribuições normais de um Banco de Leite, acrescida do compromisso de desenvolver pesquisas operacionais, capacitar recursos humanos e prestar assessoria e apoio técnico aos demais bancos de leite do País.

Em julho de 1986, ante os resultados alcançados pelo BLH-IFF na redefinição de seu modelo operacional, foi celebrado o convênio entre o Inan e a Fiocruz, para implantação do Centro de Referência Nacional para Bancos de Leite Humano no Instituto Fernandes Figueira. Tal iniciativa objetivava estabelecer bases para o desenvolvimento de um subprograma vinculado ao Pniam, de modo a viabilizar o aprimoramento técnico e o fomento aos bancos de leite no Brasil.

Com esta perspectiva, foram construídos os fundamentos que permitiram formular a primeira legislação que regulamenta a implantação e o funcionamento de bancos de leite humano em todo o território nacional, possibilitando, assim, a normalização dos procedimentos nessa área.

A análise dos relatórios anuais do BLH-IFF revelou o desenvolvimento de diferentes programas voltados para a capacitação de recursos humanos em diferentes graus de complexidade, como projetos de educação continuada desenvolvidos com profissionais da rede básica de saúde, visando à promoção da amamentação; treinamentos macrorregionais para implementação de ações relativas à norma brasileira de comercialização dos sucedâneos do leite materno; o programa de iniciação científica vinculado ao CNPq; cursos de especialização *lato sensu,* como o de habilitação em Bancos de Leite; manutenção de linhas de investigação vinculadas aos programas de mestrado e doutorado em Saúde da Criança e da Mulher, além da realização de cursos descentralizados em diferentes regiões do País.

De acordo com os relatórios institucionais publicados anualmente pela Fiocruz, a cooperação interinstitucional também faz parte da consecução dos objetivos do BLH-IFF. Segundo estes relatórios, o Banco de Leite passou a funcio-

nar em âmbito nacional como elemento de retroalimentação técnica do PNIAM/ Ministério da Saúde. Além disso, tem operado em âmbito regional como referência oficial para várias secretarias estaduais de Saúde, além da do próprio estado do Rio de Janeiro. Os documentos destacam ainda a ação direta do BLH-IFF sobre inúmeras instituições, objetivando o apoio técnico à implantação e implementação de bancos de leite humano, o que certamente possibilitou que o funcionamento de cerca de noventa unidades, em um total de 104 existentes no Brasil e duas no exterior, até julho de 1998.

As atividades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico almejando a otimização das condições operacionais dos bancos de leite, diante das peculiaridades geopolíticas do País, representam outro aspecto de relevo nos relatórios anuais. O BLH-IFF passou a assumir o papel de pólo de produção, absorção e difusão do conhecimento na sua área de atuação, mediante a geração de ações, metodologias, tecnologias e soluções alternativas, compatíveis com os diferentes níveis de necessidade das unidades que prestam esse tipo de atendimento.

Enfim, o Banco de Leite Humano do IFF, pioneiro no País, implantado para funcionar como ama-de-leite do século XX, rompeu com este paradigma, colocou-o em crise e, em seu lugar, construiu um modelo de unidade a serviço da amamentação. Ademais, criou possibilidades, gerou tecnologia alternativa, apoiou iniciativas e hoje é o elemento central da maior rede mundial de bancos de leite humano: a rede de bancos de leite do Brasil. É importante lembrar que dois bancos de leite humano encontram-se atualmente em funcionamento na Venezuela, à luz do paradigma desenhado pelo BLH-IFF (Almeida et al., 1998a e b).

Diante de tudo que foi exposto, pode-se dizer com segurança que o Banco de Leite Humano do IFF ultrapassou a condição de ama-de-leite do século XX, para cumprir o papel de unidade de serviço de saúde voltada para a promoção, proteção e apoio à amamentação.

SURGE UM NOVO MODELO PARA OS BANCOS DE LEITE HUMANO

Até a primeira metade da década de 80, as condições operacionais dos bancos de leite humano no Brasil constituíam motivo de preocupação para os profissionais encarregados de formular e implementar a política estatal a favor da amamentação. Além de não atuarem como elementos de promoção da amamentação, os Bancos de Leite, em sua maioria, apresentavam acentuado grau de risco para a saúde dos receptores, em virtude de sua estrutura operacional imprópria (Almeida, 1986).

Os problemas se avolumavam mais do que a possibilidade de formular soluções, fato que desencadeou uma série de questionamentos sobre o real papel desempenhado por essas unidades no cenário da saúde pública. A aná-

lise preliminar da situação fez emergir uma forte tendência, entre diferentes grupos envolvidos com a política de amamentação no Brasil, de desestímulo à atividade de Bancos de Leite Humano. Dois eventos, porém, vieram reverter este quadro, tornando-se sumamente importantes neste contexto: os Bancos de Leite de Empresa e a experiência desenvolvida no BLH-IFF nos anos de 1985 e 1986 (Almeida, 1992a).

No decorrer no I Congresso Pan-Americano de Aleitamento Materno, realizado em maio de 1985 em Porto Alegre, foi apresentada uma experiência que muito contribuiu para o processo de se repensar os Bancos de Leite Humano no Brasil. A Icotron, empresa fabricante de componentes eletro-eletrônicos, situada em Gravataí, na Grande Porto Alegre, apresentou os resultados que obteve com a iniciativa de implantar e operar um banco de leite humano dentro da fábrica, de modo a suprir as necessidades de suas funcionárias (Icotron, 1985).

Uma das características da Icotron era apresentar um grande contingente de mulheres em idade fértil no seu quadro de pessoal, e, ao mesmo tempo, observava-se uma baixa prevalência de amamentação entre as mesmas. Na realidade, as funcionárias preferiam manter seus filhos em creches próximas aos domicílios, justificando esta opção com a preocupação de não expor os bebês de forma demasiada ao frio intenso que ocorre em boa parte do ano. Com isso, o contato mãe-filho foi reduzido e, conseqüentemente, o desmame precoce foi facilitado.

Para tentar reverter esta tendência, os profissionais da saúde da Icotron optaram pela implantação de um banco de leite no interior da fábrica. A mãe comparecia ao Banco cerca de três vezes durante seu turno de trabalho para retirar o próprio leite, que era resfriado e acondicionado em embalagens isotérmicas, ficando à sua disposição na portaria da fábrica quando do seu horário de saída. A funcionária, em seguida, levava os frascos com leite até a creche para serem ministrados a seu filho no dia seguinte. Em casa, e durante todo o período em que permanecia junto ao bebê, a mãe o amamentava em regime de livre demanda. Ao deixar o filho na creche para iniciar uma nova jornada de trabalho, a mãe recebia os recipientes vazios, do dia anterior, e os entregava no Banco para, mais uma vez, fechar o ciclo.

O resultado desta iniciativa foi tão positivo que as mulheres começaram a produzir um volume de leite maior do que a necessidade diária de seus filhos, fato constatado pelas funcionárias das creches, que afirmavam estar "sobrando leite e que o excedente estava sendo desperdiçado". As mães-nutrizes trabalhadoras da Icotron, então, se reuniram e resolveram doar o volume de leite excedente para o Hospital da Criança Santo Antônio de Porto Alegre.

Muitas lições poderiam e ainda podem ser extraídas desta experiência, porém a mais importante, naquele momento, foi a de que os Bancos de Leite de fato tinham um importante papel a cumprir no cenário da amamentação, desde

Em paralelo, a experiência do BLH/IFF – rompendo com o paradigma de 1943 e estabelecendo as bases para definição de um novo modelo – foi outro importante elemento para instigar a transformação dos bancos de leite no País. Isto porque havia uma grande probabilidade de a nova proposta – tendo funcionado com êxito no IFF, que contava com sérios problemas estruturais – tornar-se viável em todo o território nacional, a despeito das diferentes peculiaridades geopolíticas. À exceção dos estados do Acre, Amapá, Rondônia e Tocantins, todos os demais contam pelo menos com um BLH operando segundo o novo paradigma.

A Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) foi o principal agente estatal de difusão do modelo proposto pelo IFF, sendo responsável pelo aumento exponencial do número de Bancos, na segunda metade da década de 80. Com o desenvolvimento do Programa Nacional de Bancos de Leite Humano, entre 1987 e 1990, a LBA possibilitou mais do que a expansão quantitativa do número de unidades, ao viabilizar a formação de núcleos para futuros centros de referência regionais, a exemplo do que ocorreu no Instituto Materno Infantil de Pernambuco, em Recife; na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em Fortaleza, e no Hospital Regional Clariston de Andrade, em Feira de Santana (Almeida, 1992a).

Resultados do Novo Modelo

A partir da segunda metade da década de 80, o Brasil experimentou uma expansão nunca antes registrada na história dessas unidades de serviço. Tal crescimento resultou dos esforços direcionados e coordenados pelo Pniam, que em 1984 instituiu o Grupo Técnico de Bancos de Leite Humano como instância de assessoramento técnico. Objetivando monitorar a implantação e o funcionamento de bancos de leite em todo o território nacional, esse grupo elaborou o primeiro documento oficial de recomendações técnicas (Inan, 1987), que serviu de base para a primeira legislação federal, publicada em 1988 na forma de portaria do Ministério da Saúde.

Com a mudança do *modus operandi* do Pniam em 1987, o Grupo Técnico de Bancos de Leite Humano foi ampliado e transformado em Comitê Nacional de Bancos de Leite Humano (Inan, 1991). Neste novo modelo, a participação dos consultores foi substituída pela representação institucional e o grupo passou a ser composto de representantes das seguintes instituições: Legião Brasileira de Assistência, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Fiocruz/Instituto Fernandes Figueira, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Maternidade Odete Valadares, Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul e Serviço Nacional de Vigilância Sanitária.

Dentre os resultados alcançados pelo Comitê Nacional de Bancos de Leite Humano do PNIAM, de 1987 a 1994, destacam-se: a publicação da primeira legislação regulamentando a implantação e o funcionamento dos bancos de leite em todo o território nacional – Portaria MS-322; a implantação de centros de referência regionais; o desenvolvimento de diferentes programas de capacitação de recursos humanos; a produção de material instrucional, como a edição revista do documento de recomendações técnicas e o manual de rotinas e normas gerais para o funcionamento de bancos de leite humano; a realização de dois encontros nacionais de bancos de leite humano no Rio de Janeiro, em novembro de 1991 e dezembro de 1995; e apoio estratégico à implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em âmbito nacional, no início dos anos 90.

Em 1992, em decorrência da restruturação a que foi submetido o PNIAM e da conseqüente extinção dos comitês assessores, o Comitê Nacional de Bancos de Leite Humano foi destituído e em seu lugar foi criada a Comissão Central de Bancos de Leite Humano, como instância do Ministério da Saúde responsável pelo assessoramento na formulação e implementação da política estatal para o setor (INAN, 1993). A Comissão, cuja presidência coube, desde sua criação, ao Instituto Fernandes Figueira, foi composta por representantes da Fundação Hospitalar do Distrito Federal/Brasília, do Instituto Materno Infantil de Pernambuco/Recife, da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Fortaleza, Hospital Leonor Mendes de Barros/São Paulo, da Universidade Estadual de Londrina/Londrina, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, ambos com sede em Brasília.

As ações desenvolvidas desde então foram prioritariamente voltadas para a implementação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Merece destaque, neste período em particular, a significativa participação do UNICEF no fomento a atividades relacionadas ao funcionamento de bancos de leite humano, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, onde tal instituição viabilizou a realização de vários cursos, bem como a implantação/implementação de, no mínimo, uma dúzia de bancos de leite.

Apesar de os recursos financeiros se tornarem gradativamente mais escassos a partir da segunda metade dos anos 90, o envolvimento de um grande contingente de profissionais mobilizados e o compromisso de inúmeras instituições fizeram dobrar o número de unidades em funcionamento no País, entre 1995 e junho de 1998.

A rede de bancos de leite humano vem sendo construída progressivamente. Os investimentos em pesquisa permitiram que o Centro de Referência Nacional da FIOCRUZ desenvolvesse metodologias de controle de qualidade adaptadas às típicas necessidades nacionais, bem como seguras e sensíveis o suficiente para serem praticadas na rotina. O custo da análise por amostra foi reduzido substancialmente e as técnicas de processamento foram adaptadas a modelos seguros e também de baixo custo. Esta nova realidade operacional possibilitou que se enfrentassem com tranqüilidade técnica os agravos e riscos decor-

rentes do advento da Aids. Enquanto em várias regiões do mundo os bancos de leite foram fechados, por temor a questões de segurança operacional e risco biológico, o Brasil viveu um franco e seguro processo de expansão, uma vez que já haviam sido consolidados os cuidados essenciais para garantir a qualidade do leite humano ordenhado (Inan, 1993, 1994).

Os investimentos na formação de recursos humanos para a área certamente podem ser considerados um dos elementos responsáveis pela expansão da atividade. As ações foram sempre projetadas com a intenção de permitir a co-participação no processo e obter assim a co-responsabilidade. Na verdade, tratou-se de um movimento pedagogicamente orquestrado em favor da formação de uma cultura, que trazia como pano-de-fundo a crença de que os bancos de leite poderiam, de fato, se transformar em elementos estratégicos na reversão do desmame precoce, desenvolvendo ações à altura das necessidades vivenciadas pelas mulheres que amamentam, especialmente aquelas que enfrentam dificuldades. Além disso, tornou-se perceptível que os bancos de leite poderiam se transformar, mediante um investimento mínimo, em um *locus* do setor saúde capaz de abrigar profissionais habilitados a se contrapor às verdades cientificistas, construídas pelos serviços de informação científica dos fabricantes de leites modificados.

Com esta perspectiva, foi realizado em novembro de 1992, no Rio de Janeiro, o I Encontro Nacional de Bancos de Leite, com o patrocínio do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde, possibilitando a reunião de 150 profissionais ligados a bancos de leite de todo o País. Além da troca de experiências, este evento funcionou como uma espécie de pedra fundamental para a construção do projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano.

Em 1995, também no Rio de Janeiro, foi realizado o II Encontro Nacional, em meio a grandes dificuldade financeiras. A surpresa do evento foi efetivamente a participação de quase trezentos profissionais, muitos dos quais se fizeram presentes com recursos próprios ou mediante a divisão solidária dos poucos recursos institucionais alocados para o encontro. Naquele momento, ficou claro o nível de envolvimento dos profissionais que se encontravam à frente dos bancos de leite humano do País. A principal deliberação do evento, perante a falta de investimento do setor público, teria sido a criação da Associação Brasileira de Bancos de Leite Humano, organização não-governamental dedicada ao fomento dessas unidades no Brasil. Mas, como logo em seguida o Ministério da Saúde voltou a mobilizar esforços em prol dos bancos de leite, a proposta de criação da Associação Brasileira foi substituída pela articulação por meio da política estatal.

Em julho de 1998, realizou-se o I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano, congregando o III Encontro Nacional de Bancos de Leite Humano e o I Fórum Nacional de Vigilância Sanitária em Bancos de Leite. O evento contou com a participação de mais de setecentos profissionais, representando cerca de

95% dos bancos de leite humano de todo o País, o que demonstrou mais uma vez o envolvimento dos profissionais e o contínuo crescimento da atividade. O congresso foi marcado, entre vários outros aspectos positivos, por três importantes iniciativas: o envolvimento das Vigilâncias Sanitárias – nacional e estaduais – como parceiras na busca do crescimento quali-quantitativo dos bancos de leite humano; a preocupação dos Bancos em discutir o atual paradigma de amamentação, trazendo a mulher para o centro da cena, como ator principal que precisa ser entendido, e não simplesmente responsabilizado; e a notória preocupação dos profissionais com a sua qualificação, buscando novos instrumentos e referenciais teóricos e metodológicos, capazes de fortalecer sua própria maneira de atuar.

A eficácia do papel dos Bancos de Leite no cenário das políticas públicas em favor da amamentação de certa forma pode ser evidenciada pela história da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), no Brasil. Cabe lembrar que a maioria das instituições hospitalares que cumpriram os dez passos para o sucesso da amamentação, e portanto se tornaram 'Amigas da Criança', dispunham de um trabalho prévio de bancos de leite humano (Almeida, 1998b).

Com o recrudescimento do PNIAM, o BLH/IFF, por assumir uma posição central na arena nacional, passou a receber toda a demanda, à qual deixou de responder de modo efetivo por falta de uma ação coordenada e estrategicamente planejada, que contasse com a definição de metas e alocação de recursos para este fim.

Desde então, fez-se perceber uma tendência à desestruturação da rede construída ao longo de uma década de trabalho e de investimento público. Vale ressaltar que os bancos de leite humano no Brasil constituem um motivo de perplexidade e orgulho, e seu valor se faz reconhecido internacionalmente, como bem demonstram as considerações feitas pela Human Milk Bank Association of North America em relação à experiência brasileira, na voz de sua diretora executiva, que afirma em correspondência oficial à FIOCRUZ/MS, datada de 20/04/98: "*To my knowledge Brazil has the most comprehensive system of donor milk banks in the world and information should be shared with others*" (Almeida, 1998b).[2]

Por considerar a crescente dimensão que os bancos de leite assumem no cenário da saúde pública brasileira, a FIOCRUZ/IFF, por meio de uma ação integrada com a Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação de Aleitamento Materno, elaborou um projeto que visa a nortear a formulação, a implementação e o acompanhamento da política estatal, no âmbito de atuação dos Bancos de Leite Humano em todo o território nacional. O foco principal desta iniciativa é a consolidação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, mediante o cumprimento de metas traçadas com base nos seguintes objetivos:

---

[2] "Pelo que sei, o Brasil tem o sistema mais abrangente de bancos de leite humano do mundo, e essa informação deveria ser compartilhada com outros países."

Objetivos gerais:

• Promover a extensão de cobertura da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, com ênfase para os municípios de risco, segundo os critérios de prioridade estabelecidos pelo projeto de redução da mortalidade infantil do Ministério da Saúde.
• Implantar o Sistema Nacional Informações e Vigilância em Bancos de Leite Humano.

Objetivos específicos:

• Operar o Banco de Leite Humano do IFF/Fiocruz - Centro de Referência Nacional como instância do Ministério da Saúde responsável pela implementação das ações políticas deliberadas para o setor pela Secretaria de Políticas de Saúde.
• Implementar a Comissão Central de Bancos de Leite Humano como instância de assessoramento técnico à Secretaria de Políticas de Saúde, na direção e coordenação federal das ações relativas à implantação e funcionamento de Bancos de Leite Humano.
• Promover a implantação/implementação das Comissões Estaduais de Bancos de Leite Humano e respectivos Centros de Referência como instâncias de assessoramento aos estados e municípios na gestão das ações relativas à implantação e funcionamento de Bancos de Leite Humano.
• Rever os dispositivos normativos e legais que regulamentam a implantação e o funcionamento de Bancos de Leite em nível federal.
• Promover o diagnóstico da situação de funcionamento dos Bancos de Leite Humano em 1998 e monitorar a partir dessa data.
• Promover condições que possibilitem a ampliação do sistema de atendimento a mães de recém-nascidos prematuros e de lactentes internados em unidades hospitalares através dos Bancos de Leite Humano.
• Expandir o volume de leite humano coletado e distribuído em o todo território nacional, com ênfase para os municípios considerados de risco.
• Promover condições que assegurem a implementação de controle de qualidade em todos os Bancos de Leite Humano.
• Implantar o sistema nacional de monitoramento, retroalimentação técnica e difusão de informação em dos Bancos de Leite Humano.
• Orientar/treinar/capacitar/habilitar recursos humanos para Bancos de Leite Humano em diferentes graus de complexidade.
• Estabelecer cooperação técnica com estados, municípios, instituições e segmentos da sociedade civil organizada para implementação de ações de interface. (Almeida, 1998b:4)

Perspectivas para o Próximo Milênio

A grande perspectiva para essas unidades de serviço na virada do milênio é o desenvolvimento de competências para se gerar uma nova forma de pensar as questões relacionadas à amamentação. Para tanto, três níveis de investimento podem ser propostos: a construção de vias que facilitem o acesso dos profissionais aos novos saberes constituídos sobre o leite humano, buscando interligar as propriedades biológicas ímpares à perspectiva ecológica do desenvolvimento humano; a definição de caminhos que possibilitem o desenvolvimento de uma competência cientificamente embasada, capaz de se contrapor à vanguarda científica intuída pelo *marketing* dos leites modificados; e a necessária substituição do discurso dogmático e ideológico da amamentação por posições cientificamente fundamentadas pelos diferentes campos do saber.

A busca da qualidade por meio da educação e da informação certamente configurará o objeto de trabalho do novo milênio. Assim, em termos de política estatal, o planejamento estratégico para essas instituições não poderá ser pautado pela ótica exclusivista e limitada da distribuição de recursos para compra de equipamentos e instalações de novas unidades. A principal questão reside no fato de a educação consistir no elemento central para a consolidação do projeto nos próximos anos. Esta iniciativa traz obviamente consigo a exigência de se priorizar a difusão da informação como um dos mais importantes fatores da dinâmica de introjeção dos novos valores culturais na sociedade. Há que se considerar, ainda, que as alternativas a serem construídas deverão possibilitar um fluxo ágil e eficaz da informação, a exemplo do caminho trilhado pela indústria em relação aos sucedâneos do leite humano que são lançados no mercado. Essa rede enfrentará o desafio de romper as barreiras tecnológicas que certamente ainda distinguem muitas regiões do País, construindo alternativas que possibilitem universalizar o acesso à informação, onde quer que existam bancos de leite humano em funcionamento no Brasil.

A qualificação dos profissionais que trabalham no tema deverá ser uma prioridade para essas unidades no próximo milênio, pois será por intermédio deles que se consolidará o caminho para construção de núcleos de excelência em amamentação, voltados não apenas para o cumprimento das atividades assistenciais, como também para a reflexão sobre dinâmicas que ocorrem na área de abrangência dos bancos de leite humano e que configuram a amamentação como um híbrido natureza-cultura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKRÉ, J. *Alimentação Infantil: bases fisiológicas. (Infant feeding: the physiological basis).* São Paulo: Instituto de Saúde, 1989.

ALMEIDA, J. A. G. Leite humano ordenhado. In: *Banco de Leite Humano.* Anais... Porto Alegre: I Congresso Pan-Americano de Aleitamento Materno, 1985.

ALMEIDA, J. A. G. *Qualidade de Leite Humano Coletado e Processado em Bancos de Leite,* 1986. Dissertação de Mestrado, Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, Imprensa Universitária.

ALMEIDA, J. A. G. *A Evolução dos Bancos de Leite no Brasil* (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 57min., color., sonoro. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo – CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 1992a.

ALMEIDA, J. A. G. *O Leite Humano: aspectos relativos à composição* (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 34min., color., sonoro. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo – CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 1992b.

ALMEIDA, J. A. G. *Fatores de Defesa do Leite Humano: ecologia microbiana* (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 34min., color., sonoro. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo – CICT/ Fundação Oswaldo Cruz, 1992c.

ALMEIDA, J. A. G. & NOVAK, F. R. Banco de Leite Humano: fundamentos e técnicas. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Org.). *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Nutrição e Metabolismo Infantil.* Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994, pp. 177-192.

ALMEIDA, J. A. G. & NOVAK, F. R. O leite humano: qualidade e controle. In: SANTOS JR. (Org.). *Fisiologia e Patologia da Lactação.* Natal: Ed. Sociedade Brasileira de Mastologia, 1995.

ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: uma visão sócio-cultural. In: *Anais do I Congresso do Cone Sul de Aleitamento Materno* (Compact Disc Data Storage). 1 CD, color., sonoro. Joinville: Videolar – Grupo Origem, 1996a.

ALMEIDA, J. A. G. & COUTO, L. S. Amamentação: um dilema entre amamentar e promover. In: *Anais do I Congresso do Cone Sul de Aleitamento Materno* (Compact Disc Data Storage). 1 CD, color., sonoro. Joinville: Videolar – Grupo Origem, 1996a.

ALMEIDA, J. A. G. Leite fraco: um problema da mama ou da cultura. *Masto-Magazine,* 2:2, 1998a.

ALMEIDA, J. A. G. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano. *Gota de Leite,* 2:2-5, 1998b.

ALMEIDA, J. A. G. & GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* 6(3):71-75, 1998.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. & SANDOVAL, M. H. Recomendaciones técnicas para los Bancos de Leche Humana I. Recolección y procesamiento. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatria,* 61(1):12-15, 1988a.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. & SANDOVAL, M. H. Recomendaciones técnicas para los Bancos de Leche Humana II. Control de calidad. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatria,* 61(1):12-15, 1988b.

APPLEBAUM, R. M. The obstetrician's approach to the breast and breastfeeding. *Reprod. Med.*, 14(3):98-116, 1975.

ARAÚJO, L. D. S. *Querer/Poder Amamentar: uma questão de representação?* Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 1997.

ALVIM, E. F. Estudo sobre o desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 5:239-260, 1964.

BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARATA, J. O Banco de Leite Humano em 15 anos. *Anais do Instituto Fernandes Figueira*, 1:41-52, 1960.

BARROS, M. D. *Imunoglobulinas, Lisozima, Leucócitos, Proteínas e Eletrólitos no Colostro e Leite de Mães de Recém-Nascidos a Termo Pequenos para Idade Gestacional*, 1983. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Medicina.

BOLTANSKY, L. *As Classes Sociais e o Corpo.* Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BRETAS, A. J. F. *Dissertação Inaugural Sobre a Utilização do Aleitamento Maternal e os Inconvenientes que Resultão do Desprezo Deste Dever*, 1838. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

CAMARANO, J. B. *Da Alimentação nas Primeiras Idades: estudo crítico sobre os diferentes métodos de aleitamento*, 1884. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

CARVALHO, J. F. C.; ALMEIDA, J. A. G. & NOVAK, F. R. A Alimentação do Recém-Nascido Filho de Mãe HIV-Positivo. *Cadernos do NEPEN*, 3:1-121, 1994.

CARDOSO, V. B. *Lactação Adotiva: um depoimento* (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 24min., color., sonoro. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo – CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

CASTRO, J. *Ensaio de Biologia Social.* São Paulo: Brasiliense, 1968.

CAVAGNI, G. Passage of food antigenes into the circulation of breast-fed infant. *Ann. Allergy*, 61:361-365, 1985.

CODEX ALIMENTARIUS. *Codex Standard for Infant Formula.* Roma: FAO/WHO, 1994.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar.* Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CUNHA, A. G. *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Brasileira.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

D'AVILA, E. M. Aleitamento Natural em um Centro Municipal de Saúde. *Revista de Nutrição.* 5:157-170, 1986.

DOZELOT, J. *A Polícia das Famílias.* Rio de Janeiro: Graal, 1986.

EWBANK, T. *Vida no Brasil ou Diário de uma Visita à Terra do Cacaueiro.* São Paulo: Edusp, 1976.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FIGUEIREDO, I. Aleitamento materno nas classes sociais média e alta. *Jornal de Pediatria*, 50:260-262, 1981.

FORTES, H. *Puericultura.* Rio de Janeiro: Editora Gráfica Olímpica, 1940.

FREDERICQ, A. A babá dos brasileiros: uma multinacional do setor leiteiro. In: CORADINI, O.L. & FREDERICQ, A. (Orgs.). *Agricultura, Cooperativa e Multinacionais.* Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

FREYRE, G. *Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal.* Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

GESTEIRA, R. M. Bancos de Leite Humano: finalidades-organização. *Anais do Instituto Fernandes Figueira*, 2:25-34, 1960.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1):146-155, 1994.

GOLDEMBERG, P. & TUDISCO, E. S. Desnutrição: a penetração do leite em pó através da propaganda. *Ciência Hoje*, 1(5):76-79, 1983.

GOLDEMBERG, P. *Repensando a Desnutrição como Questão Social.* Campinas: Unicamp, 1988.

GOLDMAN, A. S. Anti-inflamatory properties of breast milk. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 75:689-695, 1988.

GYÖRGY, P. Aspectos bioquímicos. In: OFICINA SANITARIA PANAMERICANA-PUBLICACIÓN CIENTÍFICA Nº 250 (Org.). *El Valor Incomparable de la Leche Materna*. Washington: Organización Mundial de La Salud, 1971.

HANDY, E. E. et al. Aleitamento materno e câncer de mama: estudo de caso-controle desenvolvido em Campinas, São Paulo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2:83-87, 1983.

ICOTRON. Banco de Leite Humano. Porto Alegre, 1985. (Mimeo.)

INSTITUTO NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). Leite em pó: substituto só para último caso. *Consumidor S.A.*, 19:8-13, 1997.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). *Relatório do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno.* Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). *Brazilian Breast-Feeding Promotion Programme.* Brasília: Gráfica & Editora Independência, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). *Normas Gerais para Bancos de Leite Humano.* Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO (INAN). *Manual de Rotinas para Bancos de Leite Humano.* Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

ISSLER, H.; LEONE, C. & QUINTAL, V. S. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo. *Boletim da Oficina Panamericana de Saúde*, (106):513-522, 1989.

JAVORSKI, M. *Os Significados do Aleitamento Materno para Mães de Prematuros em Cuidado Canguru*, 1997. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

JELLIFFE, D. B. & JELLIFFE, E. F. P. *Human Milk in the Modern World.* Oxford: Oxford University Press, 1979.

KEMP, C. Mamogênese. In: SANTOS JR., L.A. (Org.). *Fisiologia e Patologia da Lactação.* Natal: Ed. Sociedade Brasileira de Mastologia, 1995.

KING, F .S. *Como Ajudar as Mães a Amamentar.* Brasília-DF: Ministério da Saúde, 1994.

LATOUR, B. *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica.* Rio de Janeiro: 34 Literatura S/C, 1994.

LINHARES, E. & MONTENEGRO, C. A. B. Distúrbios e patologia da lactação. Mastites. In: REZENDE, J. (Org.). *Obstetrícia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

LINTON, R. *O Homem: uma introdução à antropologia.* São Paulo: Martins Fontes, 1981.

LOYOLA, A. A Cultura Pueril da Puericultura. *Novos Estudos do Cebrap*, 1:40-46, 1983.

LUCAS, A. et al. Breastmilk and subsequent intelligence quotientin children born preterm. *Lancet*, 339:261-264, 1992.

MARTINS FILHO, J. *Contribuição ao Estudo de Aleitamento em Campinas*, 1976. Tese de Livre Docência, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas.

MARTINS FILHO, J. *Como e Por que Amamentar.* São Paulo: Sarvier Editora, 1984.

MEIRELLES, Z. *Breves Considerações sobre as Vantagens do Aleitamento Maternal*, 1847. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

MENNELLA, J. A. Mother's milk: a medium for early flavor experiences. *Journal of Humam Lactation*, 11(1):39-45, 1995.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec, 1994.

MONSON, M. R. R. et al. *Revisão e Avaliação das Ações Nacionais para Implementação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno.* Brasília: Gráfica Modelo, 1991.

MONSON, M. R. R. *Os Bancos de Leite e a Política de Aleitamento Materno na Década de 80 no Brasil.* (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 34min., color., sonoro. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo – CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

MOREIRA, M. E. L. *Avaliação do Crescimento e da Composição Corporal de Recém-Nascido Pré-Termo*, 1997. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MOTA, J. A. C. *Ideologia Implícita no Discurso da Amamentação Materna e Estudo Retrospectivo Comparando Crescimento e Morbidade de Lactentes em Uso de Leite Humano e Leite de Vaca*, 1990. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

MULLER, M. *O Matador de Bebês (The Baby Killer)*. Campinas: Cemicamp, 1981.

NAKANO, A. M. S. *O Aleitamento Materno no Cotidiano Feminino*, 1996. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

NEDER, G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN (Org.). *Família Brasileira, a Base de Tudo*. São Paulo: Cortez, 1994.

NESTLÉ. *Nutrição Infantil* [Material de Divulgação Promocional], s/d.

NEVES, J. M. *Do Aleitamento Natural, Artificial e Misto em Geral e Particularmente do Mercenário em Relação às Condições em que Ele se Ache no Rio de Janeiro*, 1873. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

NOBREGA, F. J. *Humam Milk Composition*. São Paulo: Editora Revinter, 1996.

NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE (NUTES). *Amamentação: vamos recuperar esta prática*. (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 17 min., color, sonoro. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis*. Genebra: Editora da OMS, 1989.

ORLANDI, O. V. *Teoria e Prática do Amor à Criança: introdução à pediatria social no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1985.

PALMER, G. *The Politics of Breastfeeding*. Londres: Pandora Press, 1993.

PERNETTA, C. *Alimentação da Criança*. São Paulo: Byk-Procienx, 1979.

RAGO, M. *Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

REA, M. F. & CUCKIER, R. Razões de Desmame e Introdução da Mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. *Revista de Saúde Pública*, 22(3):184-191, 1984.

REA, M. F. Aleitamento Materno e Saúde da Mulher: algumas considerações. In: LABRA (Org.). *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1989, pp. 269-276.

REGO, J. D. *Aspectos Bio-Psico-Sociais da Amamentação* (filme-vídeo). 1 cassete VHS, 27min., color., sonoro. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo – CICT/Fundação Oswaldo Cruz, 1992.

REZENDE, J. & MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

RIBEIRO, R. M. Estrutura familiar, trabalho e renda. In: KALOUSTIAN (Org.) *Família Brasileira, a Base de Tudo*. São Paulo: Cortez, 1994.

RICCO, R. G. *Estudo Sobre Aleitamento Materno em Ribeirão Preto*, 1975. Dissertação de Mestrado: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

ROCHA, J. M. *Introdução à História da Puericultura e Pediatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Nestlé, 1947.

SALVADOR, F. V. *História do Brasil*. São Paulo: Edusp, 1982.

SANTOS FILHO, L. C. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1977.

SANTOS JR., L. A. *Fisiologia e Patologia da Lactação*. Natal: Ed. Sociedade Brasileira de Mastologia, 1995.

SATRIANI, L. M. L. *Antropologia Cultural e Análise da Cultura Subalterna*. São Paulo: Hucitec, 1986.

SILVA, A. A. M. *Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira*, 1990. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SILVA, I. A. *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios.* São Paulo: Robe Editorial, 1997.

SOUZA, L. M. B. M. *Promoção, Proteção e Apoio: Apoio? Representações sociais em aleitamento materno*, 1996. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

VIANNA, M. M. *Do Aleitamento Natural, Artificial e Misto em Geral, em Particular do Mercenário em Relação às Condições da Cidade do Rio de Janeiro*, 1869. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

VIEIRA, J. C. N. *Higiene da Primeira Infância*, 1882. Tese, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina.

VILLA, T. C. S. *Aleitamento e Programa de Suplementação Alimentar em Centro de Saúde*, 1985. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

VINHA, V. H. P. *Amamentação Materna: incentivos e cuidados.* São Paulo: Sarvier Editora, 1987.

VINHA, V. H. P. *Projeto Aleitamento Materno: autocuidado com a mama puerperal.* São Paulo: Sarvier Editora, 1994.